



Bayerisches Ärzteblatt

11

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 51. Jahrgang / November 1996

- **Berichte vom 49. Bayerischen Ärztetag in Füssen**
- **Vilmar: Partei-übergreifender Konsens nötig**
- **Individuelle Budgets in Bayern**

47. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

AiP-geeignet

vom 6. bis 8. Dezember 1996 in der Meistersingerhalle
mit XII. Sonographie-Symposium
und 26. Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal

Kongreßthemen:

- Freitag:** Telekonsultation: Zukunftsmusik?
Schlafstörungen
Das aktuelle Thema: Hypertonie, Osteoporose, BSE und Jacob-Creutzfeldt-Syndrom
Präklinische Versorgung von Notfällen
- Samstag:** Das „dicke Bein“: Differentialdiagnose und Therapie
Zerebrale Ischämie
Das Netzwerk in der Kitteltasche
- Sonntag:** Notfälle – erkennen und behandeln

– Programm Seite 548ff. –

Kurse zum Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ 1996/97

Stufe A/1 und A/2

(Grundkurs für Notfallmedizin) für AiP empfohlen. Für zum **Veranstaltungszeitpunkt in Bayern gemeldete Ärztinnen bzw. Ärzte im Praktikum** werden laut Vorstandssitzung vom 30. September 1995 die **Kosten der Kurse A/1 und A/2** von der Bayerischen Landesärztekammer **übernommen**, sofern es sich um Kurse handelt, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Bayerischer Landesärztekammer veranstaltet werden. Diese Vergünstigung kann jedoch pro Teilnehmer nur **einmal** in Anspruch genommen werden.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO sowie **einjährige klinische Tätigkeit möglichst im Akutkrankenhaus** (mit Einsatz auf einer Intensivstation oder Notfallaufnahme oder in der klinischen Anästhesiologie); dieser Tätigkeitsabschnitt muß bis zum **ersten Kurstag** absolviert sein; ein geeigneter Nachweis **in Kopie** hierüber ist **spätestens zum Zahlungstermin** (vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn) zu erbringen.
Zeitbedarf: **2 Veranstaltungstage**

Stufe B/1 und B/2:

Teilnahmevoraussetzung: **vollständig absolvierte Stufe A**
Zeitbedarf: **2 Veranstaltungstage**

Stufe C/1 und C/2:

Teilnahmevoraussetzung: **vollständig absolvierte Stufe B**
Zeitbedarf: **2 Veranstaltungstage**

Stufe D/1 und D/2:

Teilnahmevoraussetzung: **vollständig absolvierte Stufe C**
Zeitbedarf: **2 Veranstaltungstage**

1996

München	Termin	Stufe
Ärztehaus Bayern	15. 11.	D/1
Ärztehaus Bayern	16. 11.	D/2

Nürnberg	Termin	Stufe
Meistersingerhalle	8. 12.	C/1

1997

Veranstaltungsorte	Termin	Stufe
Erlangen Friedrich-Alexander-Universität	22. 2.	A/1
Friedrich-Alexander-Universität	23. 2.	A/2
Friedrich-Alexander-Universität	22. 3.	B/1
Friedrich-Alexander-Universität	23. 3.	B/2
Friedrich-Alexander-Universität	19. 4.	C/1
Friedrich-Alexander-Universität	20. 4.	C/2
Friedrich-Alexander-Universität	3. 5.	D/1
Friedrich-Alexander-Universität	4. 5.	D/2

Berchtesgaden

Kompaktkurs „Notfallmedizin“ vom 15. bis 22. 2. 1997 (Stufen A bis D) im Kur- und Kongreßhaus Berchtesgaden.

NB: Für Kolleginnen/Kollegen, die mit den jeweiligen Kursen bis zum 31. Dezember 1995 begonnen haben bzw. bei denen ein Kurserlaß aufgrund nachgewiesener fachlicher Qualifikationen erfolgte, treffen die, bis zum oben genannten Zeitpunkt gültigen Regularien, für den Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ zu.

Ab Oktober 1996 sind 2 Thoraxpunktionen am Modell in der Stufe B/2 inkludiert.

Diese entsprechen als *Minimalvoraussetzung* im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer den Anforderungen des Curriculums zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ (herausgegeben von der Bundesärztekammer 1994) hinsichtlich dieser interventionellen Technik.

Kolleginnen und Kollegen, die bis 31. Dezember 1995 die Kursteile C/1 und C/2 absolviert haben, benötigen ab 1996 nur noch die Stufe D/2.

Eventuelle Rückfragen zu Kursplanung und -inhalten möchten Sie, bitte, unter Telefon (089) 41 47-288, an Frau Lutz, oder 757, an Frau Wolf richten.

Kurskosten: Für die einzelnen Kurstage der Abschnitte A/1, B/1, C/1, C/2, D/1 sowie D/2 betragen die Gebühren jeweils 120,- DM, für den Abschnitt A/2 150,- DM, für B/2 130,- DM. Für Kompaktkurse 1000,- DM.

Anmeldungsmodalitäten siehe unten (**eine einjährige klinische Tätigkeit möglichst an einem Akutkrankenhaus ist hierbei bis zum 1. Kurstag obligat!**)

Ihre Anmeldungen richten Sie bitte – **ausschließlich schriftlich** – an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landesgeschäftsstelle – Abteilung Sicherstellung, Herr Hofmann – Postfach 801129, 81611 München, Telefon (0 89) 41 47-4 44, Telefax (089) 41 47-4 43

Bei der Anmeldung sind die geforderten Unterlagen in Kopie über die jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen, jedoch spätestens zum Zahlungstermin (vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn), beizufügen (s. oben). Anmeldungen werden entsprechend dem Datum des Posteinganges angenommen. Sie können nur dann berücksichtigt werden, wenn alle **erforderlichen Nachweise der Anmeldung beigelegt werden** und die **bargeldlose Zahlung der Kursgebühr rechtzeitig nach Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nachweislich erfolgt** ist. Die Zahlung/Überweisung der Kursgebühr wird erst nach Eingang der Anmeldebestätigung fällig. In Abhängigkeit vom Zahlungseingang erfolgt eine Zertifizierung am Kurstag. Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

Inhalt

49. Bayerischer Ärztetag in Füssen

- Klima: gut, Motivation: hoch 490
- Merkl: Neue Verantwortlichkeiten sind gefragt 492
- Hege: Die Herausforderungen der Zukunft erfordern Klarheit der gesetzlichen Entscheidungen 495
- Vilmar: Partei-übergreifender Konsens für Sozialsystem ist gefordert 503
- Koch: Zauberwort „Deregulierung“ der Weiterbildungsordnung 508
- Ottmann: Qualitätssicherung – in Bayern vorn 514
- Weitere Tagesordnungspunkte 521
- **Entschließungen** 523

Bayerische Landesärztekammer

- Adventlesung der Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte 497
- Kurzbericht über die Vorstandssitzung 529
- Arzhelferinnen: Ausbildung der Ausbilder (Termine 1997) 552

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

- Kurzbericht über die Vertreterversammlung 530
- Zu besetzende Vertragsarztsitze in Bayern 536
- Lehrgänge zur Einführung in die vertragsärztliche Tätigkeit 545

Der alte Patient in der Praxis 533

Personalia 534
 – in memoriam 535

Amtliches:

- Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen 537

Arzt und Wirtschaft 538

Kongresse:

- Basisqualifikation „Methadon-Substitution“ 1997 .. 513
- Klinische Fortbildung in Bayern 540
- 47. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer 548
- 26. Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal 550
- Allgemeine Fortbildung 551
- Kurse zum Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ 1996/97 2. Umschlagseite

Schnell informiert 552

Bücherschau 553

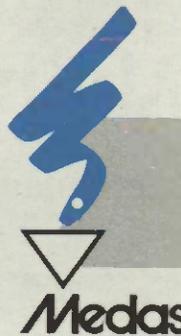
AUFGEWACHT!



Versicherungen und Beihilfestellen sind aufgewacht und nutzen die neue GOÄ, um bei Privatrechnungen wieder jede Kürzungsmöglichkeit wahrzunehmen.

Als medizinische Abrechnungsgesellschaft kümmert sich MEDAS um solche Fälle und setzt Ihre Honorarforderungen durch. Ihre Praxis wird damit nicht belastet.

Es geht eben nichts über gute Zusammenarbeit. Sie bieten Ihren Privatpatienten weiterhin eine optimale Behandlung und wir bieten Ihnen dazu die optimale Abrechnungsbetreuung.



Medas

Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft
Mit uns können Sie rechnen.



FAX (089) 14310-200

Grundsätzlich interessiert!

Aber zuerst schriftliche Info an:

Poststempel

Coupon einsenden an:

Medas GmbH • Messerschmittstraße 4 • 80992 München
 Telefon (089) 14310-0 • Telefax (089) 14310-200



Keine „Corporate identity“ nötig: Am Vorstandstisch (von rechts) Hauptgeschäftsführer Dr. Enzo Amarotico, Präsident Dr. Hans Hege, Vizepräsident Dr. Hans Hellmut Koch, Hauptgeschäftsführer Dr. Horst Frenzel, Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann

Klima: gut, Motivation: hoch

Der 49. Bayerische Ärztetag tagte vom 11. bis 13. Oktober 1996 in Füssen

Umrahmt von Sätzen aus Joseph Haydns Symphonie Nr. 27 G-Dur, gespielt vom Kammerorchester Füssen unter Leitung von Hans Röck, eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, den 49. Bayerischen Ärztetag im Kurhaus Füssen (seine Rede finden Sie auf S. 495 ff.), unterhalb der Königsschlösser. Die erste Berufsordnung der Ärzte in Bayern stammt übrigens von Ludwig II., war zu hören. Den König bzw. sein Double kann man in Füssen mieten („Rent the Kini“), wie auf dem von allen gelobten „Schwäbischen Abend“ des Kreisverbandes Ostallgäu zu sehen war.

Nach den Grußworten des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes

Ostallgäu, Dr. Herbert Hanisch, und des Bürgermeisters der Stadt, Dr. Paul Wengert, wandte sich Staatssekretär Dr. Gerhard Merkl aus dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, an die Delegierten der bayerischen Ärzteschaft (S. 492 ff.). Für ihn war es eine Premiere, nachdem die Hausherrin, Ministerin Barbara Stamm, einen Auswärtstermin wahrnehmen mußte.

Die Hochnebel des Eröffnungstages hatten strahlendem Sonnenschein Platz gemacht, als das Plenum am nächsten Morgen pünktlich um 9 Uhr seine Arbeit aufnahm mit der Diskussion über die Berichte des Präsidenten, der Vizepräsidenten Dr. Hans Hellmut

Koch (S. 508 ff.) und Dr. Klaus Ottmann (S. 514 ff.) sowie den Tätigkeitsbericht der Ärztekammer – eingestimmt durch ein ausgedehntes „Grußwort“ des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar (S. 503 ff.), in der dieser die politische Großwetterlage – die im Kontrast zum Allgäuer Wetter höchst unfreundlich ist – darstellte. In zahlreichen Resolutionen bezogen die gewählten Vertreter der bayerischen Ärzteschaft Position zu übergeordneten gesundheitspolitischen Fragen ebenso wie zu speziellen bayerischen bzw. innerärztlichen Angelegenheiten (S. 523 ff.).

Alle Fotos: T. Jürgens, München



Bewährte Arbeitsteilung: Vizepräsident Koch (links) und Präsident Hege im Gespräch

Präsident Hege äußerte sich glücklich, daß das Betriebsklima in der Kammer gut und die Motivation der Mitarbeiter hoch sei. „Kurse über ‚Corporate identity‘ brauchen wir nicht abzuhalten.“ Er bezog in seinen Dank die beiden Vizepräsidenten mit ein, denen er „ein hohes Maß von Sachverstand, Engagement und Arbeitsleistung im Rahmen unserer Arbeitsteilung“ bescheinigte, ebenso wie den Vorstand und die Geschäftsführungen der Landesärztekammer.

Hege lenkte die Aufmerksamkeit des Ärztetags besonders auf drei Bereiche des Geschäftsberichts:

– Die Neufassung der **Berufsordnung** (Werbeordnung) steht auf dem Programm des nächsten (100.) Deutschen Ärztetags 1997 in Eisenach. Hege leitet den Ausschuß und die Ständige Konferenz „Berufsordnung“, die dem Vorstand der Bundesärztekammer die endgültigen Beschluß-Vorschläge für den Ärztetag vorlegen werden. Nach dem jetzigen Zeitplan sollen die Landesärztekammern ab Mitte November breit in die Diskussion über die Entwürfe einbezogen werden.

– Über die Ausgestaltung der **Weiterbildungsordnung** gibt es gewisse Meinungsverschiedenheiten zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer. Es wurde ein

Arbeitskreis eingerichtet, der sie ausräumen soll. Einigkeit besteht, daß das Berufsrecht Vorrang vor dem Sozialrecht hat. Allerdings betont die bayerische Ärztekammer daß keine Notwendigkeit bestehe, diesen Vorrang dadurch zu bewahren, daß die Philosophie des Sozialrechts in das Berufsrecht übernommen wird.

– Die **Telemedizin** schreitet rasch voran und stellt die Ärzteschaft vor eine Menge ungelöster Fragen. Die beiden ärztlichen Körperschaften haben auf

bayerischer Ebene Förderung für ein Projekt beantragt, das hauptsächlich der Erforschung von Möglichkeiten der Wahrung der Datensicherheit und der Geschlossenheit ärztlicher Informationsnetze dienen soll.

Nach Heges Worten ist dies die Voraussetzung dafür, daß die Telemedizin nicht zu einem chaotischen Informationsmittel wird, was ja außerhalb der Medizin schon die Gefahr sei. Er zitierte Umberto Eco, der dies ironisch kritisiert hat: „Die Telemedizin wird ein derartiges Informationschaos herbeiführen, daß jeder nach verlässlicher Information sucht.“

Die Ärzte sollten dann die Adresse sein, an die sich der Bürger zwecks verlässlicher Information wenden kann, fügte Hege hinzu.

Der Ärztetag verlief in sachlicher, konzentrierter Weise. Der äußere Druck ließ Gruppeninteressen hintanstellen, die gemeinsamen Anliegen der Ärzteschaft wurden ernsthaft diskutiert und schließlich auch im Konsens abgestimmt.

Am Sonntagmittag endete die Tagung wie geplant, nachdem als Termin für den 50. Bayerischen Ärztetag in München der 10. bis 12. Oktober 1997 bekanntgegeben und die Stadt Bayreuth als Veranstaltungsort für den 51. Bayerischen Ärztetag 1998 ausgewählt worden war.

ks



In der vordersten Reihe: Vertreter der Medizinischen Fakultäten

Neue Verantwortlichkeiten sind gefragt

Rede von Staatssekretär Dr. jur. Gerhard Merkl
zum 49. Bayerischen Ärztetag in Füssen

Selten zuvor stand die Gesundheitspolitik tagtäglich so sehr in Diskussion wie in diesem Jahr.

Ich will nur drei Stichworte aus der breiten Palette nennen:

– Die gesamtwirtschaftliche Situation Deutschlands fordert eine Senkung der Lohnnebenkosten und damit auch der Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung.

– Die Neuregelung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 1. Januar 1996 mußte innerhalb kürzester Zeit erneut reformiert werden.

– Die 3. Stufe der Gesundheitsreform ist zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sicherung der Beitragsstabilität dringend erforderlich.

Nicht das „Herumdoktern“ am Patienten Gesundheitswesen hilft in dieser Situation weiter. Damit werden wir die Herausforderungen, die u.a. durch die demographische Entwicklung, eine steigende Lebenserwartung, durch zunehmende Mehrfach- sowie chronische Erkrankungen, durch den medizinischen sowie den medizinisch-technischen Fortschritt auf die gesetzliche Krankenversicherung zukommen, nicht meistern. Vielmehr müssen langfristig wirkende strukturelle Maßnahmen ergriffen werden, die die gesetzliche Krankenversicherung in ihren Kernprinzipien bei stabilen Beiträgen erhalten und erkannte Fehlentwicklungen beseitigen.

Ziel muß es sein, das System der gesetzlichen Krankenversicherung selbstregulierend im Gleichgewicht zu halten, ohne die sie tragenden Grundsätze zu verletzen. Der soziale Ausgleich zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken, Geringverdienenden und Wohlhabenden steht nicht zur Disposition. Aber: Solidari-



tät einerseits und Subsidiarität bzw. Eigenverantwortung andererseits müssen neu gewichtet werden. Dazu ist auch eine neue Verantwortlichkeit aller am Gesundheitswesen Beteiligter erforderlich.

Geeignete Rahmenbedingungen

Da ist zunächst die Verantwortlichkeit der Politik – die will ich nicht hintanstellen, sondern an die Spitze –, geeignete Rahmenbedingungen zu setzen, die einerseits der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung gerecht werden, andererseits aber auch die Interessen der am Gesundheitswesen Beteiligten angemessen berücksichtigen. Dies gestaltet sich, wie wir alle wissen, zunehmend schwierig.

Der Standort Deutschland ist einem immer härter werdenden internationalen Wettbewerb ausgesetzt. Seine Überlebensfähigkeit auf dem jetzt erreichten Niveau ist ernsthaft in Frage gestellt, der Produktionsfaktor Arbeit läßt sich hier bei uns auf Dauer nur halten, wenn wir die Kosten deutlich senken. Neben den Tarifpartnern sind

dabei in erster Linie die Systeme der sozialen Sicherung als Hauptverursacher der Kostenbelastung gefordert. Deshalb müssen auch die Höhe und der Zuwachs der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung stets auf ihre medizinische Notwendigkeit und auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung überprüft werden.

Die Bundesregierung hat in diesem Jahr das „Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung“ beschlossen. Ziel der darin vorgesehenen Maßnahmen ist es, mehr Wachstumsmotivkraft zu ermöglichen, zusätzliche Arbeitsplätze zu schaffen und damit die wirtschaftlichen Fundamente unseres Sozialstaates zu sichern. Um den notwendigen Spielraum hierfür zu gewinnen, sollen bis zum Jahr 2000 die Staatsquote auf rund 46% des Bruttoinlandsproduktes und die Summe der Sozialversicherungsbeiträge auf unter 40% zurückgeführt werden. Ein hohes Ziel, aber nur so können auf einem weltweiten Arbeits- und Absatzmarkt Investitionen wieder nach Deutschland geholt, wettbewerbsfähige Arbeitsplätze geschaffen und damit unser Sozialversicherungssystem gerettet werden.

Bessere Verzahnung

Ende September hat die Koalition neue Eckpunkte zur Reform im Gesundheitswesen beschlossen. Die Beitragsstabilität zu sichern, die Ausgaben im Krankenhausbereich festzuschreiben und der Selbstverwaltung weitere Gestaltungsrechte zu geben, sind einige der Kernpunkte dieser Reform. Aus diesem Gesamtpaket hervorheben möchte ich auch, daß verstärkt Modellprojekte zur Erprobung neuer Leistungen und Verfahren durchgeführt werden können.

Hier sehe ich insbesondere in der Frage der besseren Verzahnung zwi-

schen ambulanter und stationärer Versorgung einen großen Handlungsbedarf. Wie verschiedene Untersuchungen belegen, kann eine verbesserte ambulante Versorgung zwischen 20 und 30% der Krankenhauseinweisungen vermeiden helfen. Deshalb ist über Maßnahmen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel

– eine Verbesserung der Versorgung im niedergelassenen Bereich durch Notfallpraxen und verstärkte Präsenz am Wochenende,

– eine veränderte Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte in Krankenhäuser,

– oder die Bildung von Schwerpunktpraxen für spezielle Krankheiten

zu diskutieren.

Die in den Eckpunkten vorgesehene Einführung einer Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistung und Kostenerstattung für alle Versicherten kommt nicht nur einem langjährigen Wunsch aus Ihren Reihen entgegen, sondern bewirkt auch eine höhere Transparenz der Kosten und damit eine erhöhte Kostenverantwortung der Versicherten – auch diese sind ein wichtiger Beteiligter am Gesundheitswesen.

Selbstverwaltung auf dem Prüfstand

Die Umsetzung der von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen ist dann Aufgabe der Selbstverwaltung. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat der Selbstverwaltung neue Steuerungs- und Koordinationsinstrumente an die Hand gegeben. Damit wurde ihre Kompetenz, aber auch ihre Verantwortlichkeit erheblich gesteigert. Ebenso wie die Politik ihr Handeln jederzeit auf den Prüfstand stellen muß, muß sich auch die Selbstverwaltung kritisch fragen lassen: Hat sie diese erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten ausgeschöpft? Ist sie ihrer Verantwortung hinreichend nachgekommen?

In den letzten Wochen geisterte des öfteren das „Schwarze Peter“-Spiel zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung durch die Presse, zum Beispiel bei der Frage der Umsetzung des Arzneimittelbudgets.

Tatsache ist, daß die Ausgaben für Arzneimittel im ersten Halbjahr 1996 im Bundesdurchschnitt West gegenüber dem Vergleichszeitraum 1995 trotz nahezu stabiler Arzneimittelpreise um 8% gestiegen sind. Das Arzneimittelbudget wurde in manchen Ländern, so auch in Bayern, überschritten. Leider konnte ich zu dieser Frage in der Presse viel über Verantwortlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenkassen für diese Fehlentwicklung lesen, jedoch wenig Lösungsmöglichkeiten für eine konsequente Umsetzung des gesetzlich vorgegebenen Budgets in die Praxis. Hier wären Taten wünschenswert, die beweisen, daß die Selbstverwaltung mit den ihr übertragenen und von ihr selbst stets und vehement geforderten Kompetenzen sachgerecht umgeht.

Die „Kuchen-Stücke“ werden kleiner

Eine neue Verantwortlichkeit liegt auch bei den Leistungserbringern. Mir ist bewußt, daß sich Ihre Situation in manchen Bereichen immer schwieriger gestaltet. Für die Zukunft wird sich diese Tendenz noch verstärken: Der Verteilungskuchen wird zwar im Rahmen der Steigerung der Grundlohnsomme und der Beitragsbemessungsgrenze wachsen, jedoch werden bei der immer noch steigenden Zahl der niedergelassenen Ärzte die „Portionen“ für jeden einzelnen kleiner werden.

Aus der bereits dargestellten gesamtwirtschaftlichen Situation heraus ist eine Ausdehnung des Verteilungskuchens nicht darzustellen. Deshalb ist der „run“ jedes einzelnen Leistungserbringers auf eine möglichst große „Portion am Kuchen“ nachvollziehbar.

Trotzdem darf dies nicht dazu führen, daß – wie von der Ärzteschaft selbst im Rahmen des zu Jahresbeginn neu gestalteten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes konstatiert wurde – Mengenausweitungen, die medizinisch nicht notwendig sind, erfolgen. Auch hier muß die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für das System der gesetzlichen Krankenversicherung Vorrang vor betriebswirtschaftlichen Überlegungen haben.

Probleme der Allgemeinmedizin

Zu den Problemfeldern der Gesundheitspolitik und der ärztlichen Standespolitik gehört – seit Jahrzehnten, kann man wohl sagen – die ärztliche Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Sie gilt als notleidend, weil sie nach wie vor nicht in der Lage ist, den Nachwuchs an hinreichend befähigten Allgemeinärzten in dem Umfang heranzubilden, wie er allgemein gesundheitspolitisch und im Rahmen des Vertragsarztsystems für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung notwendig wäre. All diese Bemühungen hatten aber leider nicht den gewünschten Erfolg.

Auch das Auf und Ab oder Hin und Her bei der isolierten Frage der Dauer der allgemeinärztlichen Weiterbildung – bis vor einigen Jahren vier Jahre, dann Verkürzung auf drei Jahre, dann die Auffassung der Gesundheitsministerkonferenz im April 1995, sie wieder auf vier Jahre zu verlängern und schließlich die Forderung des letzten Deutschen Ärztetages 1996 nach einer fünfjährigen Weiterbildung – gehört hierher und zeigt, daß ein Kurieren am Symptom die Krankheit selbst nicht heilt.

47. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 6. bis 8. Dezember 1996

– Programm siehe Seite 548 ff. –



Applaus zur Eröffnung des 49. Bayerischen Ärztetages im Kurhaus in Füssen

Sie, Herr Präsident Dr. Hege, haben erst vor einigen Wochen Frau Staatsministerin Stamm auf die Probleme der Nachwuchsgewinnung in der Allgemeinmedizin angesprochen und dabei zu Recht auf den Kern der Problematik, nämlich die Stellenfrage im Gesamtgefüge der ärztlichen Weiterbildung, hingewiesen. Auch wir sind der Auffassung, daß hierin ein ganz zentrales Problem liegt, das es zu lösen gilt. Das Schicksal der allgemeinärztlichen und hausärztlichen Versorgung kann schließlich nicht von Zufälligkeiten abhängen, die letztlich dafür ausschlaggebend sind, ob in die Allgemeinmedizin strebende Berufsanfänger am Ende ihrer Ausbildungszeit Allgemeinärzte oder Ärzte einer anderen Fachrichtung werden. Geboten ist deshalb die Schaffung eines planbaren ärztlichen Weiterbildungsgangs!

Gewisse Lösungsansätze gibt es bereits in der neuen Weiterbildungsordnung, sie reichen aber alleine nicht aus. Erforderlich ist vielmehr ein detailliertes, in sich geschlossenes und zukunftsweisendes Gesamtkonzept, für das sich auch Bayern wiederholt in den Gremien der Gesundheitsministerkonferenz ausgesprochen hat und dessen Grundkonzeption von der ärztlichen Selbstverwaltung erarbeitet werden muß. Vor diesem Hintergrund begrüße ich es sehr, daß der Deutsche Ärztetag heuer einen dezidierten Beschluß zur Lösung dieser Problematik einschließ-

lich der Haus-/Facharztproblematik gefaßt hat, in dem auch aus unserer Sicht realistische Lösungsvarianten enthalten sind.

Ebenso ist eine rechtzeitige Einbeziehung aller obersten Landesgesundheitsbehörden in den Erörterungsprozeß über die AGLMB durch die Bundesärztekammer unverzichtbar, sobald die Eckpunkte der Konzeption absehbar sind. Nur so nämlich läßt sich die anzustrebende bundeseinheitliche und zügige Realisierung des vom 100. Deutschen Ärztetag 1997 zu beschließenden Reformkonzepts bewerkstelligen.

Reform der Ausbildung

Ein anderes Reformvorhaben, das in den kommenden Monaten in die Entscheidungsphase kommen wird und ebenfalls die Zukunft der hausärztlichen Versorgung maßgeblich mitbestimmen wird, betrifft die Neuordnung der ärztlichen Ausbildung. Es handelt sich dabei bekanntlich um eine Maßnahme, die ebenfalls seit längerem von allen beteiligten Kreisen gefordert wird.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat die zentralen Eckpunkte der Ausbildungsreform bereits einhellig begrüßt und in ihrer Entschliebung vom April 1996 gleichzeitig zum Ausdruck

gebracht, daß deren Realisierung eine angemessene Absenkung der Studienanfängerzahlen – nach vorläufigen Berechnungen ist mit einer Größenordnung von durchschnittlich etwa 20% zu rechnen – erfordern wird und für die Universitäten zusammen mit der Neuordnung der Finanzierung und der Struktur der Hochschulkliniken und der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes die große Chance bietet, die Bereiche von Lehre, Forschung und Krankenversorgung gründlich neu zu strukturieren.

Unbeschadet noch bestehender Differenzpunkte – wie zum Beispiel Beibehaltung oder Abschaffung der AiP-Praxisphase – sind die Verhandlungen leider dadurch ins Stocken geraten, daß sich in den Reihen des Medizinischen Fakultätentages gleich nach Vorlegen des Arbeitsentwurfs starker Widerstand formiert hat. Dies hat zur Einsetzung einer eigenen Arbeitsgruppe zwecks Formulierung eigener Vorstellungen geführt. Hierüber will der Medizinische Fakultätentag demnächst in einer weiteren außerordentlichen Sitzung Beschluß fassen.

Auch wenn es auf der Hand liegt, daß eine grundlegende Reform der Medizinerbildung gegen den geschlossenen Widerstand des Medizinischen Fakultätentages nicht durchsetzbar wäre, könnte es nicht angehen, daß eine vom Reformprozeß betroffene Interessengruppierung diesen faktisch zum Stillstand bringt. Ich appelliere daher an den Fakultätentag und dessen bayerische Vertreter, auf verhandlungsfähige Positionen bedacht zu sein, weil sonst ein Scheitern der langjährigen Reformbestrebungen zu befürchten wäre! Damit wäre niemandem gedient. Ich würde es sehr begrüßen, wenn zu dem möglicherweise sich anbahnenden Konflikt auch der Ärztetag eine klare Haltung einnehmen würde!

Ich wünsche Ihnen, daß es Ihnen gelingt, bei diesem 49. Bayerischen Ärztetag hier in Füssen gute Beschlüsse zu fassen, ich wünsche Ihnen – ja uns allen – daß sich das Gesundheitswesen in den nächsten Monaten durch gemeinsame Anstrengungen so entwickelt, daß der Ärztetag im kommenden Jahr in München nicht nur ein zahlenmäßiges, sondern auch ein inhaltliches Jubiläum wird! □

Die Herausforderungen der Zukunft erfordern Klarheit der gesetzlichen Entscheidungen

Ansprache des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer,
Dr. med. Hans Hege,
anlässlich der Eröffnung des 49. Bayerischen Ärztetages

Einleitende Bemerkungen über bayerische Gemeinsamkeiten und über die Bundespolitik

Herr Staatssekretär Dr. Merkl, ich danke Ihnen sehr für Ihre auf die konkret uns beschäftigende Problem-situation sich beziehenden klaren Worte. Sie verzeihen mir, wenn ich daraus das Fazit ziehe: Sie haben uns alle gemeinsam aufgefordert, die Quadratur des Kreises endlich zu bewältigen.

Ich sage das deswegen, weil die unerwünschten Entwicklungen, mit denen wir konfrontiert sind, ja alle die Folge lange zurückliegender Entscheidungen sind. Keiner ist daran schuld, der hier aktiv mitarbeitet. Wir haben die Lasten und Fehlentscheidungen zu tragen und sicherlich auch die Last, daß die Fehlentscheidungen zu lange verdrängt wurden. „Aus Recht wird Unrecht, aus Wohltat Klage – weh' uns, die wir die Enkel sind“ – Goethe.

Das heißt, in dieser Situation ist es sinnvoll, die Ursachen der gemachten Fehler und deren noch vorhandene Spuren aufzuspüren, anstatt jetzt überall Löcher zu stopfen mit „pragmatischen“ Lösungen, die ein halbes Jahr halten und dann neue Löcher produzieren.

Herr Staatssekretär, Sie haben sich zurecht mit der bundespolitischen Situation befaßt. Die Bayerische Landesärztekammer hat sich seit Jahrzehnten von der Grundeinstellung leiten lassen, daß wir Ärzte in diese Gesellschaft eingebunden sind, die uns braucht und die wir brauchen. In dieser Situation hat es zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Staatsregierung und ihren Organen bisher niemals Schwierigkeiten gegeben, sondern wir haben sachlich und offenherzig in von gegen-



seitiger Achtung getragenen Kontakten unsere Probleme erörtert und Lösungen gesucht. Probleme haben wir nicht miteinander, eher schon spezifisch bayerische Gemeinsamkeiten.

Und wenn ich auch einiges Kritische vorzutragen beabsichtige: Es bezieht sich auf die Situation der Ärzte allgemein in Deutschland, der auch die bayerischen Ärzte unterworfen sind.

Allzu viele ungelöste und unbereinigte Widersprüche des Systems

Ich meine, die ärztlichen Körperschaften als die legitimierte Repräsentanz der Ärzteschaft haben auch auf Bundesebene bewiesen, daß sie die Interessen der Ärzte nicht ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl vertreten. Das beweist die Entwicklung des Anteils der ärztlichen Einkommen an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, es beweisen die tariflich festgelegten Gehälter der angestellten Ärzte, die nicht unangemessen hoch sind, und, soweit es sich um

die Ärzte im Praktikum handelt, sogar unangemessen niedrig. Der Punktwert der Privat-Gebührenordnung ist nach sieben Jahren steigender Kosten um ganze 3,5 % angehoben worden, und keiner ist deshalb auf die Straße gegangen, wengleich wir gemurrt haben. Das ärztliche Einkommen ist deshalb auch kein Neid-Thema mehr.

Dennoch beobachte ich, daß seit 15 Jahren das Verhältnis zwischen den Organen der Gesellschaft und der Ärzteschaft einer zunehmenden Belastung ausgesetzt ist, die in den letzten Jahren ein wachsendes Unmutspotential bei den Ärzten aufgebaut hat, das erst in den letzten Monaten einer breiteren Öffentlichkeit erkennbar wurde.

Die ungelösten und unbereinigten Widersprüche des Systems, die in Zeiten des Wohlstandes dem einzelnen nicht spürbar werden, lassen die Beteiligten in Zeiten des Mangels heftig aufeinander treffen. Einigen dieser Widersprüche will ich im folgenden nachspüren.

Die widersprüchlichen Vorstufen einer einnahme-orientierten Leistungsgewährung

So enthielt die alte Reichsversicherungsordnung einen immanenten Widerspruch in Gestalt der ausgabenorientierten Einnahmenpolitik, den seinerzeit Heiner Geißler als drohende Kostenexplosion überdimensional zum Thema machte. Als dieser Widerspruch in Gestalt zunehmender Beitragssätze spürbar wurde, hat man zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gewechselt, ohne konsequenterweise auch das Prinzip einer einnahmenorientierten Leistungsgewährung hinzuzufügen. Der dabei entstandene neue Widerspruch ist nicht lange verborgen geblieben.

Die Ärzteschaft hat von Anfang an auf ihn aufmerksam gemacht. Sie hat immer wieder darauf hingewiesen, daß aus ökonomischen Daten nicht abgeleitet werden kann, was zur Versorgung der Patienten notwendig ist; sie hat eine Gesundheitsberichterstattung gleichgewichtig zu einer Finanzberichterstattung gefordert; sie hat die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit versicherungsfremden Leistungen kritisiert; sie hat immer wieder auf die Gründe für die Unvermeidlichkeit des Anstieges der Gesundheitsleistungen hingewiesen, und sie hat schließlich eine Reduzierung und Rationierung der Leistungen der Solidargemeinschaft als einzigen – wenn auch bitteren und vom ärztlichen Standpunkt aus unerwünschten – Ausweg diskutiert und die gesetzlichen Grundlagen dafür eingefordert.

Der Geist von Lahnstein hat auf seiten der Politik zunächst einmal für taube Ohren gesorgt. Und gar mancher Arzt hat dazu beigetragen, dafür die Ohrstöpsel zu liefern, weil aus der Einzelperspektive die Unterschiede zwischen den kleinen und den großen Ursachen allzuleicht durcheinandergbracht werden. Der Sachverständigenrat hat davor gewarnt, zu glauben, die Beseitigung der vorhandenen Fehlsteuerungen, denen er ja ausgiebig Seiten widmet, würde eine Leistungsreduzierung oder eine Rationierung vermeidbar machen oder das Niveau der Versorgung sichern können, solange das Diktat der Beitragssatzstabilität nicht aufgehoben wird.

Aber ungeachtet sicher vorhandener Schwächen hat sich unser Gesundheitssystem nicht nur zu einem der effizientesten der Welt entwickelt, – der sozialen Krankenversicherung konnten auch versicherungsfremde Leistungen und nicht unbeträchtliche Folgekosten der Wiedervereinigung aufgebürdet werden.

Weg von dem Vorurteil, nur „Gewinnmaximierung“ lenke das Vertrauen der Ärzte!

Unter Fehlsteuerung wird ja immer verstanden, daß dem Egoismus der Gewinnmaximierung falsche Anreize gesetzt werden. Und seit Herder-Dorneich den Begriff der „Rationa-

litätenfalle“ in die Welt gesetzt hat, hat alle Welt ihn dahin mißverstanden, daß der Egoismus der Gewinnmaximierung auch das Verhalten der Ärzte lenke, und sonst gar nichts. Wir sollten von diesem Vorurteil endlich wegkommen. Gewiß gibt es solche Ärzte. Aber die weitaus überwiegende Mehrheit der Ärzte will ihren Beruf redlich ausüben, ohne unzumutbare und letztlich zu Lasten der Patienten gehende Arbeitsüberlastung und ohne ihr ärztliches Gewissen von ökonomischen Außenzwängen verformen zu lassen.

Da gibt es Leute, die zu wissen glauben, daß fünf Milliarden für überflüssige Leistungen ausgegeben werden (das wären 2% der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung), ohne daß diese Leute ihren Maßstab der Überflüssigkeit nennen. Und andere, die meinen, die Ausmerzungen löse die Finanzprobleme, wenn man nur eifrig Fragebogen verschickt und sie statistisch auswertet. Überall, wo die Wirklichkeit nicht in das Konzept der Erwartungen paßt, wittern die Oberlehrer der Nation Unbotmäßigkeiten oder Schlimmeres.

Die zynische Unvernunft mancher Misanthropen vom grünen Tisch droht uns in eine Mißtrauensordnung zu treiben, der jeder Freiraum verdächtig ist. Ärztliches Handeln bedarf dieses Freiraumes, denn es läßt sich nur in Randbereichen normieren und auf Normeinhalten kontrollieren.

Das mag zwar manchen ärgern, aber es liegt in der Natur der Sache. Regeln, Leitlinien und Kausalwissen sind zwar für den Arzt nützlich, um sich in der unendlichen Vielfalt der Kasuistik nicht zu verlieren. Aber den freien Gebrauch von Vernunft und Erfahrung zum Wohl des Patienten können sie nicht ersetzen.

Entweder/oder, so oder so: Entscheidungen und Trends voller Widersprüchlichkeit

Wenn die Gesellschaft für die gesetzliche Krankenversicherung nicht *mehr* aufwenden will – obwohl sie könnte, wenn sie wollte –, bleiben eben nur zwei Methoden: Leistungsbeschränkung oder Pauschalierung bzw. Budgetierung. Das erstere wird ja vielleicht

nun angegangen, kann aber seiner Natur nach den durch den Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis und die steigende Lebenserwartung verursachten Kostentrend nicht aufhalten. Der andere Weg überläßt die Leistungsbeschränkung, das heißt die Triage, dem einzelnen Arzt. Für eine begrenzte Zeit mag das gehen. Mittelfristig wird es das Niveau unserer ärztlichen Versorgung insgesamt senken.

Ein weiterer Widerspruch: Der Arzt wird zivilrechtlich und strafrechtlich mit dem Maß der medizinischen Kunst und Wissenschaft gemessen, aber bei der Honorarzuweisung oder der Mittelzuweisung ist er ökonomischen Größen unterworfen. Gerichte entscheiden dann im einzelnen Mißerfolgsfall, was hätte geschehen müssen, und lassen beschränkte Mittel nicht gelten, weil die ja nicht im Einzelfall, sondern nur in der Summe der Einzelfälle beschränkt sind. Kein Gericht wäre bereit und in der Lage, sein Prinzip, das im Einzelfall *post festum* definiert wird, hochzurechnen auf alle gleichgelagerten Fälle, also auch auf die, bei denen zum Beispiel unterlassene Handlungen nicht zu Schäden geführt haben. Kein Gericht erwägt die Folgekosten, wenn es den Anspruch des Sozialversicherten auch auf wissenschaftlich nicht abgesicherte Verfahren festklopft. Das ist kein Fehler der Gerichte, das ist eine logische Folge der Gesetzgebung. Die Gesetzgebung müßte dies ändern – das Gericht kann es nicht.

Ein weiterer Widerspruch ist zu nennen: Frühdiagnostik wird gefordert – das Erkennen von Erkrankungen, möglichst bevor sie manifest werden. Das muß notwendig zu einer großen Zahl negativer Befunde führen; Gott sei Dank. Aber diese Untersuchungen sind deswegen nicht überflüssig. Der Widerspruch entsteht dadurch, daß ein Maximum an prädiktiver Sicherheit gefordert wird, das nur durch unverhältnismäßig steigenden Mitteleinsatz erreicht werden kann. Aber niemand ist bereit, zuzugeben, daß die Solidargemeinschaft das Recht hat, jene Grenznutzenerwägung anzustellen, die der einzelne Versicherte anstellen würde, wenn er selbst zu entscheiden hätte, wieviel Geld er für wieviel Sicherheit ausgeben will. Auch das gehört zur Subsidiarität.

Es gibt noch viele Widersprüche und Gegensätze, die durch Mangel oder Verabsolutierung kontradiktorisch werden und Verständigung so schwer machen.

Jeder Häuptling pflegt dann zur Einigkeit aufzurufen, und die ermahnten Streithähne stimmen alle zu und jeder meint für sich: Wenn die anderen mir zustimmen, wären wir ja einig. Voraussetzung jeder Verständigung sind die Einfühlung in die Schmerzgrenze des Kontrahenten und die sachliche Auseinandersetzung mit seinen Argumenten. Alles andere führt nur zum Kampf, das heißt zum Unterdrücken des Gegners oder zu dem Versuch dazu. Dies zu beachten, ist für unsere Streitkultur ganz wesentlich: Gerade in Zeiten des Mangels und in Zeiten des Überflusses hat man gern Anlaß zum Streit.

Ein anderer Widerspruch entstand, als die Zulassungsverordnung geändert wurde und nur noch Fachärzte zur Versorgung zuließ, ohne Fachbereichsgrenzen für die Allgemeinmedizin zu formulieren. Denn ein Fachgebiet ohne Fachgrenzen ist in der Weiterbildungsordnung ein Nonsens. Dennoch: Erst die Folgen des Mangels haben diesen Widerspruch virulent gemacht und zu heftigem Schlagabtausch vor allem zwischen Internisten und Allgemeinärzten geführt. Ich bin allerdings zuversichtlich, daß dies Problem sozusagen innerärztlich einer Lösung zugeführt werden kann.

Zum Thema Allgemeinmedizin: Widerspruch zwischen Reden und Handeln endlich beseitigen!

Damit komme ich zu einem Thema, das uns höchst aktuell beschäftigt. Ich bin Herrn Staatssekretär Merkl dankbar, daß er dieses Thema so deutlich angesprochen hat – das Thema Allgemeinmedizin. Ich bin auch der Frau Staatsministerin Stamm sehr dankbar, daß sie so aufgeschlossen für diese Problematik ist.

● Jeder stimmt zu, daß der Allgemeinarzt qualifiziert sein muß. Mit ganz großer Mehrheit hat der jüngste Deutsche Ärztetag sich für das sogenannte Differenzierungsmodell und die Verlängerung der Weiterbildungszeit des Allgemeinarztes auf fünf Jahre entschieden.

● Alle wünschen, daß eine ausreichende Zahl von Allgemeinärzten weitergebildet wird. Jeder weiß aber auch, daß die Zahl der Anerkennungen zum Allgemeinarzt deutlich rückläufig ist und die der Spezialfächer zunimmt, aus Gründen, die man benennen kann.

● Jeder weiß, daß die Allgemeinmedizin binnen fünf bis zehn Jahren wegen Nachwuchsmangels praktisch zum Aussterben verurteilt wird, wenn hier nicht von seiten der Ordnungsgeber und der Krankenkassen etwas geschieht.

Und es geschieht bis jetzt *nichts!*

Die Ärzteschaft tut, was in ihrer Macht und Zuständigkeit liegt. Aber es bedarf der Unterstützung des Ordnungsgebers und es kostet Geld. Hier ist ein Widerspruch zwischen Reden und Handeln, der dringend beseitigt werden muß.

Ich bin dem Herrn Staatssekretär – ich sage es noch einmal – dankbar, daß er auf dieses Thema so ausführlich eingegangen ist, und ich weise darauf hin, mit dem Anfang einer Bereitstellung der Möglichkeiten und Mittel bitte nicht zu warten, bis ein Ärztetag dem Ordnungsgeber vorgelegt hat, wie das zu machen sei. Das können wir schon vorher bereden.

Nun zum Thema Weiterbildungsordnung: Die Weiterbildungsordnung umfaßt seit ihrer Novellierung (1993) 78 engbedruckte Seiten, vorher waren es 20 Seiten. Italienische Kollegen, denen wir dieses Wunderwerk letztes Jahr erklären durften, zeigten eine rührende Mischung von Bewunderung und Kopfschütteln.

Die Weiterbildungsordnung erweist sich als überreguliert und reformbedürftig

Die Vermehrung der Fachgebiete um 30 % hat auch die Zahl der „Grenzkonflikte“ erheblich erhöht, welche die Kammer anhand der Grenzziehung der Weiterbildungsordnung zu entscheiden hat. Diese Arbeit bindet einen nicht unerheblichen Teil unserer Kapazität.

Vor allem aber hat sie die Aufwendungen erhöht: Die Bayerische Landesärztekammer wandte 1995 890 000 DM für die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung auf. 1990 waren es nur 570 000 DM und – Rückblick auf selige Zeiten – 1980 ganze 4700 DM.

1990 benötigten wir 600 prüfende Ärzte, 1996 waren es 967. Darüber hinaus haben 685 Ärzte für die zur Pflicht gemachten Kurse zur Allgemeinmedizin jeweils ca. 2700 DM – ohne ihre Übernachtungskosten – aus eigener Tasche bezahlt.

Ich führe diese Zahlen an, um zu illustrieren, welche administrativen Fol-

Adventlesung

veranstaltet von der

Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am Mittwoch, 4. Dezember 1996, 16 Uhr,
Ärztelhaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München

Bayerische Schriftstellerärzte lesen in Lyrik und Prosa
aus eigenen Werken unter dem Motto

„München von Innen und Außen“

Anmeldungen der Zuhörer mit der Angabe der Teilnehmerzahl erbeten an Bayerische Landesärztekammer, Dr. E. Amarotico, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, unter dem Stichwort „Adventlesung“.

gen die letzte Änderung der Weiterbildungsordnung gehabt hat. Für die Beitragszahler der Bayerischen Landesärztekammer wirkt sich das nicht aus, denn der Aufwand wird durch Gebühren gedeckt; aber es sind Ärzte, die diese Gebühren zahlen.

Die Weiterbildungsordnung belehrt die in Weiterbildung Befindlichen über ihre Rechte, Pflichten und Möglichkeiten, und die Weiterbilder vor allem über ihre Pflichten. Die Lektüre ist kein reines Vergnügen, weil das Bemühen um Einheitlichkeit und Eindeutigkeit der Details die Verständlichkeit – wie bei anderen Gesetzestexten auch – nicht gerade erleichtert und dies auch nicht immer gelungen scheint. Vermehrtes Bedürfnis nach Auskunft, Zunahme von Auslegungstreiten (und unerfreuliche Telefonate) belasten die Kammer.

Der edle Vorsatz der Vollständigkeit hat bei der Beschreibung der Inhalte der Weiterbildung zu langen Listen von detaillierten Selbstverständlichkeiten geführt, veranlaßt durch die Furcht von Berufsverbänden und Fachgesellschaften, für das Fachgebiet sei verloren, was nicht expressis verbis darin aufgeführt wird. Ich will nicht ausschließen, daß auch andere Motive eine Rolle gespielt haben können in dieser langen Periode des Werdens der neuen Weiterbildungsordnung, in der man gelegentlich an das Verhalten der Goldgräber beim Abstecken von Claims erinnert war.

... ohne unzumutbare Verlängerung der Weiterbildungszeiten überhaupt nicht zu bewältigen

Das gravierendste Problem ist freilich verursacht worden durch das penible Aufzählen von Leistungshäufigkeiten, mit denen diese Listen, von denen ich eben sprach, in verbindlichen Richtlinien präzisiert wurden.

Wenn man sich daran erinnert, daß ein wesentlicher Kritikpunkt an der alten Weiterbildungsordnung sich darauf bezog, die von den Weiterbildern erteilten Zeugnisse über die Eignung eines Facharztaspiranten seien unzuverlässig, so muß man heute konstatieren, daß die korrekte Beachtung der Weiterbildungsordnung nach ihrem

Buchstaben in weiten Bereichen ohne unzumutbare Verlängerung der Weiterbildungszeiten gar nicht möglich ist.

Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Herr Kollege Hoppe, hat jüngst im Deutschen Ärzteblatt kommentiert, die Kritik an der 92er Novelle der Weiterbildungsordnung sei keine allgemeine Einschätzung, komme aber von durchaus gewichtigen Stimmen aus dem Kreise der Weiterbildungswilligen und der Verwaltungen der Ärztekammern.

Das ist sehr euphemistisch formuliert. Nicht nur einige „Verwaltungen“, sondern alle übrigen Kammerpräsidenten teilen mittlerweile diese Kritik und transportieren damit eine verbreitete Meinung der Betroffenen – und dazu gehören auch die Weiterbilder und die Mehrheit der Mitglieder der Weiterbildungskonferenz der Bundesärztekammer.

Die Weiterbildungsordnung bedarf der Vereinfachung, der Präzisierung ihrer Ordnungsprinzipien, der Anpassung an das sinnvoll Mögliche und dies in der Absicht, die Weiterbildungsordnung nicht zu einem pseudostaatlichen Zunftreglement verkommen zu lassen, das unter dem Vorwand der Arbeitsteilung eine Pfründenordnung etabliert. Das aber ist nur zu verhindern, wenn die Weiterbildungsordnung nicht zur Berufsausübungsregelung gemacht wird, sondern ihren Charakter als Qualifikations- und Schilderordnung bewahrt.

Juristische Details dazu erspare ich mir hier. Zwei Ärztetage haben sich in diesem Sinne ausgesprochen. Aus guten Gründen! Die Weiterbildung kann nicht Meister, sondern nur tüchtige Gesellen erziehen, die dann in täglicher Bewährung Meister werden.

Die Berufsordnung fixiert das Selbstverständnis des Arztes in seinem Beruf

Das Selbstverständnis des ärztlichen Berufes wird in der Berufsordnung ausgedrückt, um deren Modernisierung wir uns gegenwärtig bemühen. Ihr Kern ist seit 1955 unverändert. Was auch so erstaunlich nicht ist, stützt er sich doch auf eine in mehr als zwei Jahr-

tausenden gewachsene und in den letzten tausend Jahren mit christlichen Werten amalgamierte Tradition. Eine solche Tradition kann sich nicht ohne Fundierung in der zeitgenössischen Kultur erhalten. Und ich meine, auch heute noch gilt, daß der Kern ärztlicher Ethik identisch ist mit dem, was der einzelne und die Gesellschaft vom Arzt erwarten und was den Vertrauensvorschuß bewirkt, mit dem der Patient dem Arzt begegnet und mit dem die Gesellschaft dem Arzt begegnen sollte.

In den letzten zehn, zwanzig Jahren ist dieses Selbstverständnis allerdings zunehmend in Zweifel gezogen worden. Nicht etwa dadurch, daß Ärzte in ihrem Handeln dieses in der Berufsordnung verankerte Sein-Sollen des Arztes verletzt haben. Das hat es immer schon gegeben und ist immer schon Gegenstand ebenso notwendiger wie ätzender Kritik gewesen. Aristophanes, Lukian, Molière, Goethe, Bernhard Shaw und Schnitzler, von den Moderneren ganz zu schweigen. Die berufstypischen Versuchungen des Arztes seien Geldgier, Herrschsucht und Eitelkeit, sagte ein großer Arzt des vorigen Jahrhunderts. In dem Gebet des Maimonides aus dem 12. Jahrhundert – sein Denkmal steht in Cordoba, wo Moslems, Juden und Christen seinerzeit in unbefangener Toleranz zusammenlebten – sind die Fehlwege ärztlichen Verhaltens aufgezählt.

Aber daß solches Fehlverhalten bei der Formulierung zahlreicher Regelungen als normal unterstellt wird, ist neu. Und neu ist, daß Ärzte selbst dieses Selbstverständnis in Frage stellen, wenn auch mit sehr unterschiedlicher Zielrichtung, und daß Teile der Gesellschaft das Gleiche tun. Auch hier meine ich nicht die kritischen Publikationen unterschiedlichen Niveaus, die den Ärzten vorwerfen, daß sie nicht das sind, was sie sein sollen. Denn diese kritisieren ja die ethischen Prinzipien nicht. Eine andere kritische Richtung ist viel fundamentaler und hält eine eigene ärztliche Ethik für überflüssig.

Das fing an mit dem Slogan: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser! Diesen würde ich gerne umdrehen: Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser! Es setzte sich fort mit der ins Normative umgeformten Aussage, Ärzte seien Lei-

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. med. Hans Hege, eröffnete am Abend des 11. Oktober 1996 im Kongreßhaus Füssen den 49. Bayerischen Ärztetag und dankte allen Anwesenden für ihr Kommen und das bekundete Interesse an den Fragen und Problemen der bayerischen Ärzteschaft. Er dankte zunächst dem Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Ostallgäu, Dr. med. Herbert Hanisch, sowie dem Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben, Dr. med. Klaus R. Jantzen, für die Ausrichtung des diesjährigen Ärztetages und die freundlichen Begrüßungsworte.

Erstmals auf einem Bayerischen Ärztetag begrüßte er besonders herzlich den für die Gesundheit in Bayern zuständigen Staatssekretär Dr. jur. Gerhard Merkl, der in diesem Jahr die Bayerische Staatsregierung vertrat.

Bei der großen Zahl von Ehrengästen aus den verschiedensten Bereichen des öffentlichen Lebens, die trotz weiter Anreise nach Füssen kamen, bat er um Verständnis, wenn er nur einige wenige namentlich begrüßen könne; die vorliegende vollständige Gästeliste rechtfertige aus seiner Sicht dieses Vorgehen.

stungserbringer wie jeder Angehörige eines Dienstleistungsberufes auch, deren natürlicher Egoismus durch Gesetz und Kontrolle einzuschränken, aber nicht zu verfemen sei. In dieser Optik erscheint die Verpflichtung auf ethisch fundierte Gesinnung als Ständesdünkel. Darin mag eine Überreaktion auf die schwer erträgliche Selbstüberhöhung und Selbstüberforderung von manchen Ärzten enthalten sein. Aber vor allem, hier herrscht ein Mißverständnis.

Das Ansehen des einzelnen Arztes gründet sich auf das Ansehen der Gruppe

Das Ansehen, welches sich eine Gruppe erwirbt, kommt allen Mitgliedern zugute. Auch für die Gruppe der Ärzte gilt das. Es geht verloren, wenn eine Schädigung dieses Ansehens durch die Gruppe toleriert wird. Das Ansehen der Ärzte gründet sich auf ihre Vertrauenswürdigkeit angesichts vielfacher Versuchungen. Und von diesem Ansehen profitieren alle. Es ist eine Vorschubleistung des Patienten wie der Gesellschaft. Die Lässigkeit, mit der die organisierte Ärzteschaft auf solche Ansehensverletzungen in den letzten Jahrzehnten recht häufig reagiert hat, hat nicht wenig zu ihrem Ansehensverlust beigetragen und damit dem ständigen Anwachsen von Kontrollforderungen eine Nahrung gegeben.

Da aber das Vertrauen des Patienten wie der Gesellschaft eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Freiheit ist, welche eine redliche Berufsausübung des Arztes erst möglich macht, müssen andere Maßstäbe angesetzt werden als bei Gewerbetreibenden, deren Fehlverhalten ihren Betrieb, aber nicht ihre Gruppe schädigt. Sogar Hotelketten mit fundiertem Image haben das längst begriffen. Der ausgeprägte Individualismus der Ärzte findet hier seine Grenzen, sonst hebt sich die Ärzteschaft als Gruppe selbst auf. Wir könnten die Berufsaufsicht einstampfen und den Zivil- und Strafgerichten alles überlassen, wenn wir auf solchen Grenzen nicht bestehen.

Ein Appell an alle Kolleginnen und Kollegen: Die Berufsordnung bewachen!

Denken wir zurück: Vor 30 Jahren konnte ein kluger und angesehener Vertreter der Krankenkassen warnen, Verbesserungen im Gesundheitswesen seien nur mit, nicht gegen die Ärzte zu erreichen. In Lahnstein wurde die Ärzteschaft als Papiertiger behandelt. Das hat sich ja inzwischen etwas geändert; dennoch – Gesetze werden für alle Ärzte gemacht, und deshalb brauchen wir nicht nur eine Berufsordnung, sondern auch die Bereitschaft der Ärzte, sie zu bewachen. Diesen Appell

richte ich ausdrücklich an alle meine Kolleginnen und Kollegen.

Daß diese Berufsordnung einer Neuformulierung bedarf, alte Zöpfe abgeschnitten gehören, Anpassungen an neuere Entwicklungen und Bedürfnisse erforderlich sind, hat der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr ausdrücklich in Auftrag gegeben. Aber ihren Grundcharakter als autochthone ärztliche Selbstbindung müssen wir erhalten!

Nach Jahren des Wohlstands: Probleme der Anpassung an unzureichende Ressourcen

Ich komme zu einem anderen Thema: Die Älteren werden sich noch erinnern, welche erfolgreichen Anstrengungen die gesetzlichen Krankenkassen in den sechziger Jahren gemacht haben, um aus dem Geruch der Armenkassen herauszukommen und ihr Image, ihr Ansehen dem der Ersatzkassen und privaten Krankenkassen anzunähern. Die Einführung der Einzelleistungsvergütung war eine der wesentlichen Voraussetzungen, die Gleichstellung von Ersatzkassen und RVO-Kassen die logische Folge. Das Notwendige ist das Optimale, hieß der Slogan, unter dem die RVO-Kassen den Wettbewerb gegenüber den Ersatzkassen aufnahmen, und er hatte Erfolg.

Heute scheint dieser Erfolg das System vor die Wand zu fahren. Und, das einzig Erstaunliche daran ist, daß es so lange gedauert hat!

Von der Entwicklung der letzten Jahrzehnte haben alle profitiert. Sie hat einen Teil des Wohlstandes geformt, der zu jenem sozialen Besitzstand führte, dessen Anpassung an unzureichende Ressourcen unsere Gesellschaft vor größte Probleme stellt, wie wir ja gegenwärtig erleben.

Durch die Einführung der Einzelleistungsvergütung 1965 wurden freilich die Ärzte aus einem Dilemma befreit, nämlich dem, in der Versorgung der Patienten zwischen ihrem angemessenen wirtschaftlichen Eigeninteresse und ihrem beruflichen Ethos in die Zwickmühle zu geraten. Ein Dilemma, dessen Überwindung ja schon bei der Einführung der sozialen Krankenver-

sicherung unter Bismarck – wenn auch auf niedrigerem Anspruchsniveau – eine Rolle gespielt hat. Aber es kann nicht übersehen werden, daß dies Dilemma uns erneut eingeholt hat.

Daß wir heute unter humanitären Gesichtspunkten keine Zweiklassenmedizin haben, beweisen diejenigen, die angesichts der gegenwärtigen Situation vor der Entwicklung einer Zweiklassenmedizin warnen. Und wer heute meint, wir hätten eine, der verwechselt Luxus-Klassen mit humanitären. Bisher jedenfalls war kein Arzt gezwungen, einem Patienten mit Rücksicht auf die Art seiner Versicherung Leistungen zu verweigern, die er für die Behandlung dieses Patienten für notwendig und sinnvoll hielt. Das entspricht den ethischen Grundsätzen unseres Berufsstandes und der von der Gesetzgebung unterstützten Erwartung unserer Bevölkerung.

Erst seit die Finanzierung des Gesundheitswesens Probleme macht, weil sie sich auf die Lohnnebenkosten und Renten auswirkt, hat man zu ökonomischen Steuerungsmitteln gegriffen. Die Ärzte haben dies bis jetzt im ambulanten Bereich durch Hinnahme von Honorarkürzungen und sinkenden Punktwerten, in den Kliniken – vor allem denen der Akutversorgung – durch Hinnahme unzumutbarer Arbeitsbelastungen ausgeglichen.

Alarmsignale: Unser System stößt an die Grenzen seiner Selbstregulierungskraft

Aber so kann es nicht weitergehen! Die Grenze der Zumutbarkeit für die Ärzte ist in Sicht. Das zeigt sich in der verbreiteten Unzufriedenheit, die ihre Spitze in überschießenden – und von mir sicher nicht gebilligten – Reaktionen des Mißvergnügens, ja des Zorns erreicht. Immer mehr Ärzte fühlen sich von der Gesellschaft im Stich gelassen, zu Heloten degradiert.

An diesem Punkt begegnet man meistens dem Einwand, es gehe den Ärzten im Grunde nur ums Geld. Ich will nicht flapsig mit den Bemerkungen eines kritischen Philosophen antworten, der sagte: „Jemand, der nur Geld will, ist eigentlich ein positives Mitglied der Gesellschaft, denn er zeigt, daß er

alles andere aus eigener Kraft schaffen kann!“ Aber ernsthaft: Es ist nicht zu leugnen, daß manche Ärzte zu diesem Eindruck, es ginge ihnen nur ums Geld, das Ihre beigetragen haben.

Kein Zweifel: Es gibt geldgeile Ärzte, die unverschämte Rechnungen schreiben oder rücksichtslos Leistungsmehrung betreiben. Werden sie von Kammer oder Kassenärztlicher Vereinigung zurückgepfiffen, so gehörten sie schon früher zu denen, die am lautesten darüber klagten, die Körperschaften verträten nicht die Interessen der Ärzte.

Ich will keinen Zweifel daran lassen, daß es nicht im Interesse der Ärzteschaft liegt, die Interessen *solcher* Ärzte zu vertreten. Sie schaden dem Ansehen der Ärzteschaft und unterminieren die Glaubhaftigkeit der Körperschaften bei der Vertretung des Anspruches der Ärzte auf angemessene Honorierung.

Denn dieser Anspruch ist gerechtfertigt! Tarifrecht und Gebührenordnung setzen den Maßstab für Angemessenheit und sollten nicht nur die Zahlungspflichtigen, sondern auch die Ärzte schützen. Von letzterem ist heute immer weniger die Rede.

Der Unmut, der sich lange schon angesammelt hat und sich jetzt immer lauter Luft macht, muß ernst genommen werden als Signal, daß unser System an die Grenzen seiner Selbstregulierungskraft stößt, soweit es die Ärzte betrifft.

Berufliche Unzufriedenheit ist nach Portugiesen und Italienern neuerdings bei deutschen Ärzten am ausgeprägtesten – was internationale Umfragen ergeben haben. Das „burn-out-Syndrom“ hat eine zunehmende Inzidenz, was zuerst in Österreich wissenschaftlich beschrieben wurde. Die Häufigkeit von Drogenabhängigkeit, Alkohol und depressiver Erschöpfung bei jungen Ärzten und Pflegepersonal in Intensivabteilungen ist erschreckend hoch.

Unübersehbare Anzeichen physischer und psychischer Überforderung vieler Ärzte

Auch die Krankenhausärzte stehen unter zunehmender Belastung. Eine im Juli 1996 von uns gestartete Meinungsumfrage bei den 1600 Leitenden Ärzten Bayerns bezüglich der Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes hatte eine Rücklaufquote von 68 %. Das ist für eine Umfrage einer Kammer eine geradezu phantastische Rücklaufquote und beweist, wie stark hier Problemdruck empfunden wird.

Ich hatte mich an die Leitenden Klinikärzte Bayerns in einer anonymen Umfrage mit dem Ziel gewandt, persönliche Erfahrungen und Meinungen aus den Kliniken zu Arbeitsbelastung und zur Patientenversorgung – insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes – zu bekommen.

Die Auswertung der einzelnen Fragen hat zu einigen bemerkenswerten Ergebnissen geführt, wengleich ich betonen muß, daß es sich hier nicht um eine wissenschaftlich angelegte epidemiologische Befragung gehandelt hat.

– Nur 40 % der Befragten berichten, daß das Arbeitszeitgesetz in ihrem Bereich vollständig umgesetzt wurde.

– Vier Fünftel der Leitenden Ärzte sind der Ansicht, daß bei Durchführung des Arbeitszeitgesetzes ohne entsprechende Stellenmehrung die Qualität der Patientenversorgung oder das Betriebsklima oder beides leiden.

– Nach Meinung von drei Vierteln der Leitenden Ärzte hat sich die Arbeitsbelastung des ärztlichen Personals durch verschärften Zeitdruck vermehrt.

– Knapp 70 % der Leitenden Ärzte bemerken bei den Assistenzärzten und bei sich selbst eine zunehmende berufliche Unzufriedenheit.

50. Bayerischer Ärztetag 1997
vom 10. bis 12. Oktober 1997 in München

Sparkurs. Die Vereinte reagiert:

Konzentrierte Leistung für stabile Beiträge.

Ab sofort bietet der führende Krankenversicherer für Heilberufe einen **kostendämpfenden Kompakttarif** für Ärztinnen und Ärzte. Der Leistungskatalog berücksichtigt wirtschaftliche Sparelemente wie Eigenbehandlung, Selbstmedikation, Kollegenbehandlung. Die neuen Tarife können zu den günstigen Konditionen der Gruppenversicherungsverträge mit den Ärztekammern und dem Marburger Bund abgeschlossen werden – auch für Ehepartner und Kinder.

Wir rechnen mit Ihnen.

Ein 34-jähriger niedergelassener Arzt zahlt monatlich rund 193 DM für eine Vollversicherung. Für den angestellten Arzt übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages.

Wir, die Vereinte – führende Krankenversicherung der Ärzte, traditionell Gruppenpartner von Ärztekammern und Marburger Bund – unterstreichen auch mit diesem zukunftsorientierten Angebot unsere ganz besondere Kompetenz und Vertrauensstellung.

Wenn auch Sie Ihre Beiträge senken wollen – schicken Sie uns einfach ein Fax oder schreiben Sie uns:

Vereinte Krankenversicherung AG, Infozentrale v-hb
Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München
Fax 089/6785-3377



Die Vereinte läßt Sie nicht allein.

Vereinte
Krankenversicherung AG

– Aus Sicht von 70 % der Befragten fehlen die zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes erforderlichen ärztlichen Planstellen.

Die Ergebnisse dieser Umfrage sollten doch Anlaß genug sein, die hierbei zu Tage tretende Problematik zur Diskussion zu stellen und ernst zu nehmen!

Ich habe ja auch mit großem Interesse vernommen, daß das Arbeitsministerium eine entsprechende ähnliche Umfrage gestartet hat, allerdings an die Krankenhausträger gerichtet. Die ersten Ergebnisse scheinen eine nicht unerhebliche Diskrepanz zum Ergebnis der Kammer zu bringen (es waren aber erst 30 % ausgewertet). Nur: Natürlich bekommt man die Antwort auch in Abhängigkeit vom Adressaten, und hier habe ich die Leitenden Krankenhausärzte für die unverdächtigsten Zeugen gehalten.

Die Anzeichen einer physischen und psychischen Überforderung eines wachsenden Teils der Ärzteschaft – sicherlich nicht aller – sind nicht zu übersehen. Der Bundesgesundheitsminister hat vor einiger Zeit gesagt, den Ärzten könne nicht noch mehr zugemutet werden – das hat er politisch gemeint. Ich weiß nicht, ob er auch die Krankenhausärzte einbezogen hat. Aber er hatte jedenfalls recht.

Dabei geht es nicht um das Einkommen der Ärzte, sondern um ihre Arbeitsbedingungen, und zwar im niedergelassenen wie im stationären Bereich. Und es geht auch darum, daß die ärztliche Arbeitszeit im Rahmen der Verfolgung des Mißbrauchs zu einem immer größer werdenden Anteil zur Befriedigung von Bürokratiebedürfnissen und Kontrollierbarkeitsforderungen in Anspruch genommen wird.

Bedingungen der Versorgung unserer Patienten nicht zur Abfertigung verkommen lassen!

– Dürfen wir warten, bis für Anamnese, gründliche klinische Untersuchung und Fachliteratur-Studium keine Zeit mehr bleibt – geschweige denn für das Gespräch – und das kundige Denken und Wahrnehmen an Informationsmaschinen, Diagnosemaschinen und vorgefertigte Standards delegiert wird?

– Dürfen wir warten, bis Zeitmangel die Ärzte nicht mehr nach gründlichem und kritischem Wissen handeln, sondern nach Kochrezepten greifen läßt?

– Dürfen wir warten, bis der Tagesablauf der Ärzte in Weiterbildung und der Leitenden Ärzte mit „Funktionieren“ so ausgefüllt ist, daß weder Zeit zum geistigen Verdauen noch zum Wiederaufladen der emotionalen Batterien bleibt? Es wird allzu oft vergessen, daß nach den enormen Belastungen eines ärztlichen Arbeitstages das Aufladen der Batterien ungeheuer wichtig ist, sonst werden die Ärzte müde und zynisch.

Wir sind auf dem besten Wege dazu, daß die Versorgung der Patienten zur Abfertigung verkommt und die Weiterbildung zur Dressur. Das wird dann freilich eine ganz andere Medizin, sicher nicht die, welche die Patienten sich wünschen – und die Ärzte mit ihnen.

Wenn das hohe und umfängliche Niveau der gesundheitlichen Versorgung erhalten werden soll, dann muß mehr Geld in das System fließen. Nicht notwendig in die Tasche des einzelnen Arztes, aber in das System. Wenn diese Gesellschaft sich dazu nicht entschließt, dann muß sie klare, rechtlich erkennbare und vollziehbare Abstriche machen.

Den Ärzten eine klare Rechtsbasis geben, ihr Vertrauen in die Rechtsordnung erhalten!

Wenn aber der Leistungsanspruch aufrechterhalten, ja gesteigert und mit Kontrollen vielfältigster Art angereichert wird und wenn die Ärzte über Budgetierungen und Pauschalierungen gezwungen werden, diesen Leistungsanspruch mit unzureichenden Mitteln zu erfüllen, dann darf man sich über Widerstand nicht wundern.

Und wenn man den Ärzten eine klare Rechtsbasis dafür verweigert, wo sie den Patienten das verweigern müssen, was sie bisher für ihn leisten durften und auch sollten, dann zerstört man das Vertrauen der Ärzte in die Rechtsordnung. Qualitätssicherung – ich sage das in diesem Zusammenhang nur in

Parenthese – kann man sehr unterschiedlich verstehen. Es gibt einige Leute in der Bundesrepublik, die Qualitätssicherung ausdrücklich verstehen als ausgerichtet nur auf die Verhinderung des von ihnen vermuteten Mißbrauchs. Eine solche Form von Qualitätssicherung geht von falschen Voraussetzungen aus und denunziert sich selbst. Wir Ärzte verstehen unter Qualitätssicherung ein kollegiales Kontrollieren der Vorgänge und der Ergebnisse unter dem Bemühen, durch vermehrte Information bessere Leistungen zu erbringen.

Wenn man aus der Ideenfülle der vergangenen Jahre eine Erkenntnis ziehen kann, dann diese: Es gibt kein System, das nicht mißbraucht werden kann. Und je stärker die Mittel gegen den Mißbrauch ausgebaut werden, um so stärker wird der Arzt darin behindert, dem einzelnen Patienten gerecht zu werden. – Hier gibt es Unverträglichkeitsschwellen! – Um so stärker wird der Arzt gezwungen, seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Beachtung der bürokratischen Regelungsnormen statt auf das Wohl des Patienten zu richten.

Es ist verständlich, daß jetzt das Prinzip der Pauschalierung und Budgetierung zunehmend favorisiert wird. Das erübrigt jeden Eifer, in die Detailkontrolle jeder ärztlichen Einzelhandlung einzusteigen, und das beseitigt manche Kontrollbedürfnisse und -notwendigkeiten. Aber auch das ersetzt nur eine Fehlsteuerung durch eine andere und produziert andere Kontrollbedürfnisse, zum Beispiel um nachzusehen, ob unter dem Deckel der Pauschalierung nicht zuviel Minimierung der Leistungen betrieben wird.

Geist des Mißtrauens darf die moralische Substanz der Ärzteschaft nicht ersticken!

Alle angedachten Regelungen atmen den Geist des Mißtrauens aller gegen alle, und dieses Mißtrauen wirkt allmählich wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung und beginnt sehr deutlich und spürbar, die moralische Substanz der Ärzteschaft zu ersticken, einer Ärzteschaft, die bis jetzt das effizienteste und humanste Gesundheitssystem der westlichen Welt getra-

gen hat, und die sich nicht länger dafür treten lassen will, daß auch sie nicht länger die ständig ansteigenden Leistungsanforderungen mit reduzierten Mitteln unter einen Hut bringen kann, daß also auch sie nicht die Quadratur des Kreises vollbringen kann.

Ich weiß, daß nicht jeder, der jammert, am Rande seiner Kräfte ist. Aber ich halte es für meine Pflicht, darauf hinzuweisen, daß der auf den Ärzten lastende Druck mittlerweile nicht nur wenigen, sondern vielen spürbar wird und dazu geführt hat, daß die Freude an einem der schönsten und erfüllendsten Berufe überdeckt wird von Zorn und Mißvergnügen über die Bedingungen, unter denen er ausgeübt werden muß. Das Vertrauen der Ärzte in die Erfüllbarkeit ihrer beruflichen Pflichten muß wieder gefestigt werden. Eine als ungerecht empfundene Ordnung wird nicht mehr respektiert und treibt Wasser auf die Mühlen derer, die ihr persönliches Getreide mahlen möchten.

Zeichen des Aufbegehrens gegen einen immer schärfer empfundenen Konflikt

Ich habe immer wieder die Ärzte gemahnt, das Selbstbewußtsein ihres guten Gewissens nicht den leichteren Wegen der Gewinnmaximierung zu opfern. Aber ich halte mich für verpflichtet, heute darauf hinzuweisen, daß auch für Ärzte gilt, was für *alle* Menschen gilt: Wer ständig gezwungen wird, gegen sein Wertgefühl zu handeln, paßt auf die Dauer sein Wertgefühl den Zwängen an.

Ich mahne die Öffentlichkeit, die vielfältigen Signale ärztlicher Überlastung und Unzufriedenheit nicht länger als Äußerung von purem Egoismus abzutun, sondern sehr ernst zu nehmen als Aufbegehren gegen den immer schärfer empfundenen Konflikt zwischen den politisch gesetzten Außenzwängen, einer mangelnden Klarheit der Rechtslage und dem ärztlichen Gewissen!

(Nach minutenlang anhaltendem Beifall des Auditoriums erklärte Dr. Hege den 49. Bayerischen Ärztetag für eröffnet.) □

Partei-übergreifender Konsens für Sozialsystem ist gefordert

Rede von Bundesärztekammer-Präsident Dr. med. Karsten Vilmar



Die Beratungen des 49. Bayerischen Ärztetages finden statt in einer gesundheitspolitisch bewegten Zeit: Die sogenannte dritte Stufe der Gesundheitsreform, die in langen Gesprächen seit Januar 1995 mit dem Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, der Koalition und vielen anderen im Gesundheitswesen Beteiligten wie Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und so weiter – natürlich auch der Ärzteschaft – sehr intensiv erörtert wurde, die zu einigermaßen tragbaren Ergebnissen geführt haben, ist weitgehend gescheitert; gescheitert an der Blockadesituation, die sich durch die unterschiedlichen Mehrheiten in Bundesrat und Bundestag ergeben habe. Es war nicht möglich, das ursprünglich angestrebte Verfahren durchzuhalten, im Vorfeld des Vermittlungsausschusses noch einen vorbereitenden Ausschuß tätig werden zu lassen, der dann ein Gesetz in einem Guß hätte erarbeiten können.

Die Gesamtdiskussion findet unter völlig veränderten Rahmenbedingungen statt, die allmählich erst den Menschen bewußt werden – so auch den Politikern –, die aber auch der

Ärzteschaft bewußt sein müssen. Es geht um die Globalisierung der Märkte, um die hohe Arbeitslosenzahl und das Absinken der Lohnquote und die Konsequenzen dadurch für die Beitragszahlung für die sozialen Sicherungssysteme insgesamt, um die demographischen Veränderungen mit einer zunehmenden Zahl älterer Menschen, um die Fortschritte der Medizin.

Statistiker sagen, die demographische Veränderung würde durch Zuwanderung ausgeglichen. Dies mag statistisch so sein, aber dennoch müssen jüngere Zuwanderer in Arbeit und Brot kommen, um Beiträge zahlen zu können, und zweitens: Bei der Krankenversicherung stimmt dies mit Sicherheit nicht, weil hier mit dem geringfügigsten Beitrag schon ein voller Anspruch auf die gesamte Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Mit Fremdleistungen überfrachtet

Dazu sind die sozialen Sicherungssysteme mit versicherungsfremden Leistungen überfrachtet. Allein im Jahr 1994 wurden insgesamt von den sozialen Sicherungssystemen 197 Milliarden DM aus Beitragsmitteln aufgebracht, für die nur 70 Milliarden DM vom Staat zurückerstattet wurden. Und auch die Krankenversicherung der Rentner erfordert jeweils einen Transfer der aktiven Versicherten zugunsten der Krankenversicherung der Rentner von über 50 Milliarden DM jährlich.

Dies alles sind Entwicklungen, die für unsere sozialen Sicherungssysteme insgesamt Folgen haben müssen, die sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Finanzierbarkeit – die ja Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit ist – ernsthaft in Gefahr bringen können. Dennoch, viele Probleme erwachsen gerade aus der Erfüllung lang gehegter

Sehnsüchte der Menschen: Die Menschen wollten immer gerne länger leben, älter werden und in Freiheit leben. Die Mauer und der Eisener Vorhang sind gefallen, längeres Leben in Freiheit ist durch Fortschritte der Medizin und viele gesellschaftliche Rahmenbedingungen ermöglicht worden; wir müssen jetzt mit den daraus erwachsenen Konsequenzen fertig werden. Dies erfordert alle Anstrengung – mindestens ebenso große Anstrengungen, wie zur Bewältigung der Bedrohung durch die Blocksituation in über 40 Jahren kalten Krieges.

Für die Ärzteschaft kommen weitere Probleme durch die Folgen einer verfehlten Bildungspolitik der 60er und 70er Jahre hinzu mit stark ansteigenden Arztzahlen. Man versucht dem mit Zulassungssperren zu begegnen, mit Altersgrenzen für Vertragsärzte mit 68 Jahren, mit befristeten Verträgen für Ärzte in Weiterbildung. Im Gesundheitswesen erhofft man sich Heil und Rettung durch mehr Wettbewerb, sowohl unter den Ärzten als auch unter den Krankenkassen, und erwartet Kostendämpfung von der Prävention.

Dies alles sind die veränderten Rahmenbedingungen, denen wir uns stellen müssen und die die gesundheitspolitische Weiterentwicklung angesichts der Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat so schwierig machen.

Das steht in den „Eckpunkten“

Wegen der dadurch bestehenden Blockadesituation ist die Koalition im September zusammengelassen und hat „Eckpunkte zur Fortführung der dritten Stufe der Gesundheitsreform“ entwickelt und veröffentlicht, die eine Ausweitung der Versichertenrechte vorsehen:

● Die Versicherten sollen gegenüber den Leistungsträgern das Recht haben, über von ihnen in Anspruch genommene Leistungen und Kosten unterrichtet zu werden.

● Alle Versicherten sollen die Wahl zwischen Sachleistung und Kostenerstattung bekommen.

● Versicherte haben außerdem ein

außerordentliches Recht auf Wahl einer anderen gesetzlichen Krankenkasse, wenn die Krankenkasse ihre Beiträge erhöht.

● Zum sozialen Schutz chronisch Kranker wird im Rahmen der Härtefallregelung die Überforderungsklausel verbessert; die Obergrenze bei der Härtefallregelung wird von 2% auf 1% – des Bruttoeinkommens – gesenkt.

In den Eckpunkten ist weiter eine Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung vorgesehen. Die Krankenkassen sollen künftig einen Selbstbehalt einführen können: Selbstbehalt bei Kostenerstattung mit Beitragsermäßigung, Beitragsrückzahlung, Erhöhung bestehender Zuzahlungen – die Einführung neuer Zuzahlungen ist nicht zulässig.

Die Satzung soll den Krankenkassen die Möglichkeit geben, weitere Satzungsleistungen für die Prävention, aber auch für Heil- und Hilfsmittel bestimmter Art einzuführen. Diese Leistungen sollen dann nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

Die Krankenkassen können außerdem Leistungen als sogenannte Gestaltungsleistungen vorsehen für häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten, Kuren und Rehabilitation, Heilmittel – außer Anschluß-Heilrehabilitation und Auslandsleistungen, die wie bisher solidarisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden sollen.

Für die Vertragsgestaltung werden den Krankenkassen in diesen Eckpunkten Möglichkeiten eröffnet, neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie neue Leistungen der Krankenbehandlung und Pflege, der Rehabilitation und Prävention in zeitlich befristeten Modellvorhaben zu erproben. Diese Modellvorhaben müssen allerdings wissenschaftlich begleitet werden, um die Ergebnisse auswerten zu können.

Es ist vorgesehen, daß eine Beitragsanhebung nur möglich ist, wenn gleichzeitig auch die Zuzahlungen angehoben werden – eine Beitragssatzanhebung um 0,1% muß beispielsweise eine Anhebung der Zuzahlungen

um eine Mark bei Arzneimitteln und anderem nach sich ziehen, so daß eine Kompensation erfolgt.

Auf die Reform der zahnmedizinischen Versorgung will ich jetzt im einzelnen nicht eingehen.

Ein Psychotherapeutengesetz soll wieder in Angriff genommen werden – man fragt sich, zum wievielten Mal. Es soll sich allerdings auf den rein berufsrechtlichen Teil beschränken.

Für die stationäre Versorgung soll die Pflegepersonal-Regelung aufgehoben werden.

Für die Instandhaltungskosten will man auf eine einvernehmliche Lösung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft hinwirken. Ohne die Länder wird dies allerdings nicht gehen – dies entzieht sich der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers.

Budgets auch im Krankenhaus

Für die Finanzierung des Krankenhausbetriebs sollen Krankenhausbudgets eingeführt werden, die sich maximal wie die Grundlohnsumme entwickeln, und für diese Entwicklung wird 1997 eine Steigerung von 1,3% gesetzlich vorgeschrieben.

Ferner sollen Fallpauschalen und Sonderentgeltkataloge nicht mehr wie bisher durch das Bundesministerium, sondern durch die Selbstverwaltung vereinbart werden, und zwar durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Bundesebene, soweit es die Punktzahlen betrifft, und auf Landesebene durch diese Vertragspartner, soweit es die Punktwerte betrifft. Die Großgeräteplanung soll aufgehoben werden.

Soweit die Vorstellungen der Koalition für die Fortführung der dritten Stufe.

„NOG“ erinnert an „NOV“

Anfang Oktober ist dazu der Entwurf eines ersten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung in das parlamenta-

rische Verfahren eingebracht worden, das die schöne Kurzbezeichnung hat „Erstes GKV-Neuordnungsgesetz – 1. NOG“. Es wird wahrscheinlich ein zweites, ein drittes und wahrscheinlich ein viertes „NOG“ geben. Die Abkürzung erinnert an die Abkürzung „NOV“ – das war seinerzeit die Abkürzung für die „Brüningschen Notverordnungen“. Parallelen drängen sich geradezu auf.

In diesem ersten NOG wird geregelt, daß bei einer Beitragssatzanhebung von 0,1 Prozentpunkten eine Erhöhung der Zuzahlung des Versicherten um jeweils eine DM erfolgen muß und die prozentuale Zuzahlung um jeweils einen Prozentpunkt in den Fällen angehoben wird, in denen die Beiträge in Form von Beitragsklassen erhoben werden.

Die Versicherten erhalten weiterhin ein außerordentliches Kündigungsrecht, wenn die Beiträge angehoben werden; mit Monatsfrist kann dann die Kasse gewechselt werden.

Diese beiden Bestimmungen stoßen sicher auf etliche Schwierigkeiten; in erheblichem Maße werden dadurch Lohnnebenkosten produziert. Man stelle sich einmal vor, daß Versicherte in großer Zahl monatlich ihre Kassen wechseln. Dann müßten die Gehälter und Löhne jeweils völlig neu berechnet werden. Wer einmal gesehen hat, wie das in Lohnbuchhaltungen und auch bei den Krankenkassen geht, der sieht, daß da pro Fall Kosten von mindestens rund 100 DM anfallen.

Insgesamt wird dadurch auch ein System von kommunizierenden Röhren zwischen den Krankenkassen geschaffen. Wenn die Versicherten immer wieder zu der Krankenkasse mit dem niedrigsten Beitragssatz wechseln, wird das letztlich auf eine Einheitsversicherung hinauslaufen. Umgekehrt werden die Krankenkassen ein dringendes Interesse daran haben, gesunde und arbeitsfähige Versicherte zu bekommen, und Reserven haben gegenüber Kranken, insbesondere chronisch Kranken.

Die Probleme sind mit allen Konsequenzen noch nicht völlig durchdacht – aber die Überschrift „Wettbewerb“ rechtfertigt offenbar auch dieses.

Es ist eine Verbesserung der Härtefallregelung vorgesehen. Und es werden rückwirkende Übergangsregelungen vorgesehen, die in diesem Zusammenhang nicht so interessant sind.

Enger Zeitplan

Es ist ein sehr enger Zeitplan vorgesehen: Die erste Lesung im Bundestag war bereits am 10. Oktober; am 4. November werden die Anhörungen im Bundestagsausschuß für Gesundheit sein. Das weitere Verfahren ergibt sich aus den parlamentarischen Regeln: am 15. November ist die zweite und dritte Lesung im Bundestag vorgesehen, dann geht es in den Bundesrat, wahrscheinlich mit Anrufung des Vermittlungsausschusses, Widerspruch, Rückweisung, usw. Wenn man die Fristen, die dabei zu beachten sind, berücksichtigt, ergibt sich ein Terminplan, der die Zurückweisung des Einspruches des Bundesrates im Deutschen Bundestag mit der Kanzlermehrheit am 31. Januar 1997 ermöglicht, so daß dieses Gesetz am 1. Februar 1997 in Kraft treten könnte.

Anfang November soll dann ein sogenanntes „Omnibusgesetz“ auf den Weg gebracht werden, wo man all die Dinge verpacken will, die man für regelungsbedürftig hält und die zustimmungsfrei das parlamentarische Verfahren passieren sollen. Als drittes ist dann das Psychotherapeutengesetz vorgesehen.

Auch die SPD hat ihre Vorstellung mit einem Antrag der Fraktion der SPD für ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in den Krankenkassen konkretisiert. Darin sieht man die Gründe für die – aus Sicht der SPD – Fehlentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung:

– in der mangelnden Bereitschaft zur Umsetzung oder Vorbereitung der im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 beschlossenen Veränderungen der Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung,

– in der offenen Revision von bereits beschlossenen Strukturreformen oder kostendämpfenden Maßnahmen und

– in milliardenschweren Zusatzlasten für die Krankenkassen zugunsten von

Ärzten und pharmazeutischer Industrie.

Position der Ärzteschaft

Mit diesem Gesamtkomplex hat sich am 11. Oktober der Vorstand der Bundesärztekammer befaßt und eine Stellungnahme der Ärzteschaft auf dem Boden der gesundheits- und sozialpolitischen Programme, der Ärztetagsbeschlüsse, aber auch der Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt, damit am kommenden Montag (14. Oktober, *Anm. d. Red.*) in einem Gespräch mit dem Bundesminister Seehofer und Vertretern der B-Länder in Bonn die Position der Ärzteschaft möglichst geschlossen vorgetragen werden kann.

Dabei vertreten wir grundsätzlich die Auffassung, daß es dringend erforderlich wäre, angesichts der erkennbaren Finanznöte aller sozialen Sicherungssysteme unverzüglich einen parteiübergreifenden Konsens unter Einbeziehung von Bund und Ländern zu erreichen. Diese für die Bevölkerung Deutschlands existentiellen Fragen bedürfen dringend einer Lösung, die um so schmerzhafter sein wird, je länger man damit wartet. Es obliegt nach unserer Auffassung auch der verfassungsmäßigen Aufgabe von Bundestag und Bundesrat, daß sich diese beiden Gesetzgebungsorgane um einen Konsens bemühen und nicht lediglich in Blockadehaltung verharren.

Wir können auch keinen Sinn darin sehen, daß sich auf Dauer die Gesundheitspolitik danach ausrichtet, was zustimmungsfrei durch den Bundesrat gestaltet werden kann und was nicht. Auf dieser Grundlage ist eine sachgerechte Reform des Gesundheitswesens und eine vernünftige Gesundheitspolitik nicht zu gestalten.

Auf große Bedenken stoßen die Vorstellungen in den Eckpunkten zum Wettbewerb der Krankenkassen. Was unter der Überschrift „Prävention“, „Wettbewerb“ oder schlicht Werbung mit medizinisch völlig unsinnigen Dingen wie Aquastep-Aerobic und Indoor-Climbing oder Wellness für Männer betrieben wurde, haben wir alle erlebt. Hier werden Gelder aus-

gegeben, die der Krankenversorgung entzogen werden.

Neu:

Politik der Einnahmenbegrenzung

Neu ist bei den Gesamtvorstellungen im Gesetzentwurf und in den Eckpunkten, daß der Gesetzgeber jetzt nicht nur die Beitragssatzstabilität dadurch erreichen will, daß er die Ausgaben begrenzt; es kommt jetzt vielmehr eine Politik der Einnahmenbegrenzung, wenn die Anhebung der Beitragssätze verhindert wird – und das wird noch für dieses Jahr durch ein Vorschaltgesetz zu erreichen versucht, für das der 8. Oktober Stichtag sein soll.

Der Druck der geringer werdenden Einnahmen wird dann von den Krankenkassen auf die Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen weitergegeben. Die Versorgung der Bevölkerung wird dann durch Risikoselektion zu Lasten chronisch Kranker und durch Mittelkürzung erheblich erschwert oder gar gefährdet.

Folgen noch nicht absehbar

Eine abschließende Wertung der Reformkonzepte ist jedoch noch nicht möglich, weil vieles, was in den Eckpunkten dargestellt ist, noch nicht in Gesetzestexten formuliert ist. Die konkreten Texte können erheblich von der vielleicht wohlgemeinten Absicht abweichen, so daß wir die Gesamtlösung erst später beurteilen können. Aber auch die Auswirkungen vorliegender Texte sind noch nicht in allen Punkten erkennbar. Das gilt sowohl für die Wechselmöglichkeiten wie für die versicherungsfremden Leistungen.

Der Gesetzgeber unternimmt auch nichts, um die Einnahmeminderung der GKV durch Senkung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose und Rentner wieder auszugleichen. Ohne diesen gigantischen Milliardentransfer könnten die Beitragssätze um vier, wenn nicht gar fünf Beitragssatzprozentpunkte niedriger sein. Damit wäre das vom Kanzler vorgegebene Ziel, daß die Belastung der Löhne mit Sozialbeiträgen 40 % wegen der Wettbewerbsfähigkeit der deut-

lichen Wirtschaft nicht überschreiten darf, schon erreicht.

Für diese Marke von 40 % ist aber auch die Erfüllung der Maastrichtverträge mit Einführung des Euro maßgebend. Auch aus diesem Grunde entsteht Druck, vor allem auf die Krankenversicherung, weil natürlich bei der Rentenversicherung negative Folgen bei den Wählern zu erwarten sind und auch bei der Arbeitslosenversicherung derartige Eingriffe nicht auf Zustimmung der Bevölkerung stoßen werden. Bei der Krankenversicherung sind wohl leicht Feindbilder aufzubauen, die der Mehrheit der Bevölkerung leider einleuchten, wie die profitorientierte Pharmaindustrie, die unwirtschaftlichen Krankenhäuser und die gut verdienenden Ärzte.

Auswechseln von Personen bringt keine einzige Mark

Vor diesem Hintergrund müssen wir uns mit den politischen Bestrebungen auseinandersetzen. Es ist einfach irrig, anzunehmen, daß in der Selbstverwaltung durch Auswechseln von Personen oder ganzen Vorständen etwa zu erreichen wäre, daß nur eine Mark mehr in das Krankenversicherungssystem kommt. Dies ist einfach ein Trugschluß! Wir werden uns mindestens auf absehbare Zeit damit abfinden müssen und uns mehr als bisher auf das Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende konzentrieren müssen.

Erhebliche Bedenken bestehen auch wegen des „Krankenkassen-Hopping“ durch freie Krankenkassenwahl. Begrüßenswert dagegen sind die Verbesserungen der Härtefallregelungen mit Absenkung der Belastungsobergrenzen. Auch Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sind sachgerecht. Sie sollen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und für die stationäre Versorgung mit den Krankenhausgesellschaften vereinbart werden können.

Gerade für die Integration dieser beiden Versorgungsbereiche muß in Zukunft mehr getan werden als in der Vergangenheit. Allerdings ist eine generelle Öffnung der Krankenhäuser als Institution für die fachärztliche Ver-

sorgung, wie sie die SPD vorschlägt, nicht sachgerecht: Die Krankenhäuser würden für Patienten geöffnet, die aus Versorgungsgründen diese teure Infrastruktur überhaupt nicht benötigen.

Lob und Tadel

Schwer abschätzbar sind auch die Auswirkungen der Aufgliederung in Pflicht- und Wahlleistungen, die je nach Krankenkasse differieren können. Sie verwischen die Grenze zwischen GKV und PKV und können zusätzlich Wechselwünsche bei den Versicherten auslösen.

Daß Beitragssatzanhebungen von einer gleichzeitigen Anhebung der Zahlungen der Versicherten bei den Leistungen abhängig gemacht werden, ist wegen der Doppelbelastung der Kranken sehr problematisch. Besser sollte die Politik das Modell des floatenden Arbeitnehmerbeitrages noch einmal prüfen.

Selbstverständlich ist die politische Absicht zu begrüßen, die Krankenhaus-Instandhaltungskosten mit den Betroffenen zu regeln. Dies entzieht sich jedoch der Regelungskompetenz des Bundesgesetzgebers. Und auch der Übergang von der staatlichen Festlegung der Fall-Pauschalen zur Vereinbarung durch die Selbstverwaltung ist im Ansatz zu begrüßen, wenngleich damit natürlich nicht das System der Fallpauschalen als solches unser Placet finden kann.

Fehler der tagesgleichen pauschalen Pflegesätze können allzuleicht durch Fehler bei Fall-Pauschalen ausgewechselt werden. Die Fehler der Fall-Pauschale sind schon deutlich erkennbar, vor allem durch Risikoselektion. Es ist auch des Nachdenkens wert, daß man in den USA derartige diagnosebezogene Pauschalvergütungen gerade wieder aufgibt. Zu begrüßen ist dagegen die Aufhebung der Großgeräteplanung.

Gesetzliche Klarstellungen zur Qualitätssicherung sollen im „Omnibus“ erfolgen: Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit ist dann Aufgabe der verfaßten Ärzteschaft. Konkurrenzen zwischen Bundesgesetzgebung und Lan-

desgesetzgebung, zwischen Sozialrecht und Berufsrecht auf der Basis der Heilberufsgesetze der Länder sollen so geregelt werden, daß Reibungsmöglichkeiten verhindert werden.

Geschlossenheit sichert Erfolg

Soweit die sicher schwierigen Probleme, die der Gesetzgeber vor sich hat – wobei vieles von dem, was gewollt wird, sicher auch denen noch unklar ist, die das formulieren sollen. Aber was immer auch kommt: Wenn die Ärzteschaft überhaupt in dieser politischen Gemengelage Gehör finden will, wird es ganz entscheidend darauf ankommen, daß wir uns mit ärztlicher Argumentation geschlossen in gleicher Richtung äußern. Wenn wir uns zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Bundesärztekammer, den Verbänden von Krankenhausärzten, niedergelassenen Ärzten, jungen und alten Ärzten auseinanderdividieren lassen und jeder etwas anderes fordert, dann ist schon jetzt absehbar, daß wir überhaupt nichts bewirken werden.

Ob wir mit unserer Argumentation den durchschlagenden Erfolg haben können, den wir uns wünschen, ist natürlich offen; sicher aber ist: ohne Geschlossenheit werden wir keinerlei Erfolge haben können!

Gegen irrationale Heilslehren

Allerdings müssen wir auch sehen, welche politischen Handlungszwänge bestehen: Als Verhandlungspartner ist man immer gut beraten, wenn man sich auch die Position eines Kontrahenten klar macht und überlegt, wo überhaupt noch dessen Verhandlungsspielraum ist. Der geht bei der Gesamtlage geradezu gegen Null. Wir müssen also versuchen, mit Ratio zu argumentieren und irrationalen Heilslehren entgegenzutreten.

Auf die großen Probleme, die wegen der Fortschritte der Medizin insbesondere am Anfang wie am Ende des Lebens bestehen und die neue ethische Überlegungen erfordern, will ich hier nicht näher eingehen. Gemeinsam müssen wir uns allerdings dagegen wehren, daß die ethische Beurteilung der Fortschritte der Medizin nur unter

utilitaristischen Gesichtspunkten geschieht. Auch in Zukunft muß eine medizinisch-wissenschaftlich begründete Medizin allen Patienten zur Verfügung stehen. Alles andere müßte in einem freien Staat mit offenen Grenzen zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen, weil diejenigen, die es sich leisten können, sich dann jenseits der Grenzen behandeln lassen.

Nachdrücklich müssen wir aber auch auf die manchmal zwiespältige – oder widersprüchliche – Argumentation in der Öffentlichkeit hinweisen. Bei den Anhörungen zum Transplantationsgesetz wurde dies wieder deutlich. Aus denselben Kreisen, die eine inhumane Maschinenmedizin in der Intensivstation anprangern, weil die Ärzte dieses alles angeblich nur tun, um Geld zu verdienen, wurde andererseits der Hirntod als Todeskriterium angezweifelt. Dies ist in sich völlig widersprüchlich.

Widersprüche ähnlicher Art ergeben sich auch auf anderen Gebieten: Die Kryokonservierung der Achtzeller in England führte zu Protesten, als diese verworfen werden mußten, während rund 100 000 Abtreibungen in Deutschland für sozialen Fortschritt gehalten werden.

„Wir müssen handeln“

Es wäre auch falsch, die Medizintechnik zu verteufeln und zu glauben, allein mit sprechender Medizin seien die Probleme zu lösen. Beides ist auch in Zukunft erforderlich. Als Ärzte dürfen wir nicht dem jeweiligen Zeitgeist verfallen und jeden Paradigmenwechsel

wie zum Beispiel von unkritischer Wissenschafts- und Technikgläubigkeit der 60er Jahre zu jetzt ebenso unkritischer Wissenschafts- und Technikskepsis oder gar -feindlichkeit kritiklos mitmachen.

Gemeinsam müssen wir uns für Lösungen einsetzen und die Politik – insbesondere die gegenwärtige Koalition – gerade wegen des engen Handlungsspielraums unterstützen. Dabei müssen wir allerdings immer wieder mahndend darauf hinweisen, daß ein parteiübergreifender Konsens unter Einbeziehung von Bundestag und Bundesrat dringend erforderlich ist, wenn die großen Probleme einer sachgerechten und auf Dauer tragfähigen Lösung zugeführt werden sollen.

Nur dann läßt sich auch die „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ verwirklichen. Wenn das aber nicht geschieht, muß man die Frage stellen, ob mit dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ nicht geradezu das Scheitern der Selbstverwaltung beabsichtigt wird. Die Abkürzung „NOG“ für die Krankenkassenneuordnungsgesetze müßte dann bedeuten: „Nichts ohne Gesetzgeber“.

Dennoch: Resignation wäre eine falsche Reaktion. Nutzen wir also unsere Chance! Werden wir unserer Verpflichtung aus der Selbstverwaltung gerecht und handeln als Ärzte – nicht nur im eigenen Interesse, sondern vor allem im Interesse einer vernünftigen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Wir müssen handeln, denn „Wer nicht handelt, wird behandelt“. Möge der 49. Bayerische Ärztetag dazu deutliche Signale setzen! □

Einrichtungsideen..... Günther
Für Büro • Praxis • Kanzlei



Schränke
Raumteiler
Theken
Arbeitsplätze
Bestuhlung
Licht und
Accessoires

Spöttinger Str. 2b
86899 Landsberg
Tel.: 0 81 91- 210 29
Fax: 0 81 91- 227 05

klöber
Die Freiheit,
besser zu sitzen

ip20
ip20. Einrichtern

Zauberwort „Deregulierung“ der Weiterbildungsordnung

Bericht des Vizepräsidenten Dr. med. Hans Hellmut Koch

Es sind im wesentlichen vier Säulen, auf die sich meine Tätigkeit stützt: einmal die Weiterbildungsordnung, zum zweiten das breite Gebiet der Fortbildung, dann innerhalb der Kammer Personalwesen und Kammerstruktur sowie – für mich mindestens genauso wichtig, wie die anderen Punkte – die Kommunikation mit den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden.

Kommen wir zuerst zur Weiterbildungsordnung: Der Deutsche Ärztetag hat 1992 nach langer, intensiver Diskussion eine neue Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen. 1993 hat dieser Bayerische Ärztetag diese auch in Bayern umgesetzt. Zwischenzeitlich sind dem noch einige weitere Landesärztekammern gefolgt, aber nicht in allen Landesärztekammern wurde die Muster-Weiterbildungsordnung von 1992 umgesetzt – teilweise auch, weil sie dort von den aufsichtsführenden Ministerien so nicht genehmigt wurde.

Die Zielsetzung damals war, zusätzliche fachliche Qualifikationen zu schaffen, zum Beispiel in Form der Fakultativen Weiterbildung oder in Form der Fachkunden. Ich möchte Ihnen nun einmal ganz kurz anhand einer Folie (Bild 1) zeigen, wie dies in einem Überblick aussieht, damit alle wissen, über was wir derzeit diskutieren und reden:

Sie sehen ganz außen die Grenze für das Gebiet, zum Beispiel Gebiet Innere Medizin oder Gebiet Chirurgie. Dann haben wir eine Regelweiterbildung im Gebiet, in dem „eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten“ gefordert werden. Wir haben dann noch Schwerpunkte in manchen Gebieten, zum Beispiel in der Inneren Medizin Endokrinologie oder Gastroenterologie, diese liegen teilweise in der Regelweiterbildung, teilweise außerhalb. Neu eingeführt haben wir dann die sogenannten „Fakultativen Weiterbildungen“ im Gebiet, die



eine zusätzliche fachliche Qualifikation darstellen und zusätzlich erworben werden müssen. Daneben gibt es noch überall zwischendrin angesiedelt sogenannte „Fachkunden“, wo man Einzelwissen erwerben kann. Rechts unten sehen Sie noch den „Bereich“, also die Zusatzbezeichnungen, die teilweise im, teilweise außerhalb des Gebietes liegen. Man muß sie im ganzen erwerben, kann aber natürlich nur den Teil des Bereiches ausführen und ausfüllen, der in seinem Gebiet liegt.

„So geht es nicht weiter“

Sie sehen also – ein etwas schwieriges Gebilde. Zielsetzung 1992 und 1993 war natürlich, die Weiterbildung klarer zu unterteilen, klarer zu gliedern. Das scheint auf den ersten Blick auch gelungen. Und es schien damals der richtige Weg zu sein, den Erfordernissen der Zeit, was qualifizierte Weiterbildung angeht, gerecht zu werden. Inzwischen sind aber weitere Verfeinerungen, weitere Aufteilungen und zusätzliche Qualifikationen in diesem Rahmen erfolgt. Nach drei Jahren Erfahrung mit dieser Weiterbildungsordnung müssen wir nun sagen: wir

können auf diesem Wege der Überregulierung, der weiteren Zergliederung, nicht weitermachen. Wir müssen die Weiterbildungsordnung in einer anderen Richtung weiterentwickeln.

In der Weiterbildungsordnung sind die Teile, die man erwerben muß, die Fähigkeiten, die man nachweisen muß, jeweils unter einem Spiegelstrich aufgeführt. Wenn wir die Weiterbildungsordnung so weiter fortentwickeln, wie wir das momentan tun, dann werden wir in einigen Jahren aus jedem Spiegelstrich eine Fachkunde gemacht haben, und wenn ich 27 Fachkunden erworben habe, bin ich „Facharzt für...“.

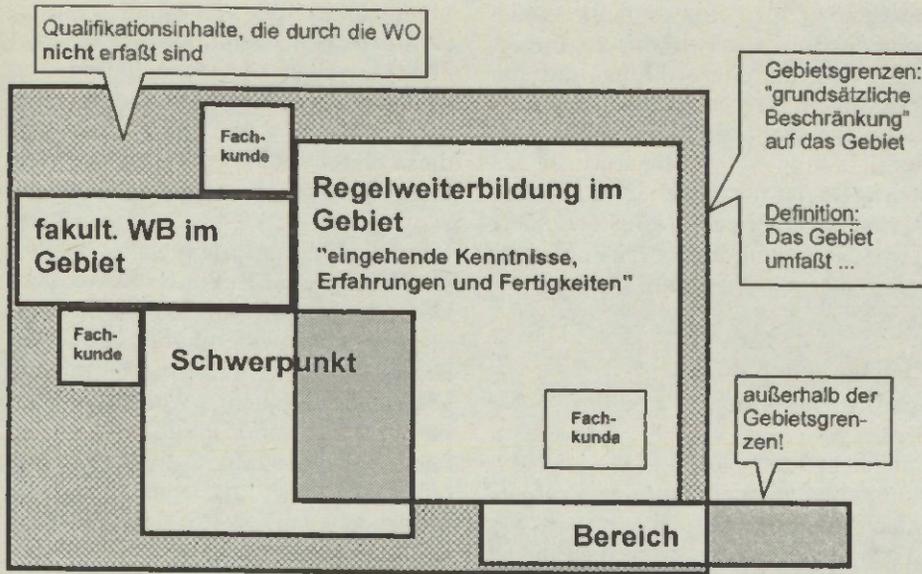
Das kann es nicht sein, denn wir verlieren damit das „Arztsein“, wir verlieren damit das Erlernen der Fähigkeit, in einem Gebiet umfassend tätig zu sein und den Überblick zu behalten. Deshalb denken wir – und nicht nur wir alleine –, daß wir hier eine Änderung in der Zukunft erwirken müssen. Wir haben jetzt ein verschultes System, das überhaupt keine sinnvollen Freiräume mehr bietet. Ich darf aus der Rede des Herrn Präsidenten von gestern einen Satz zitieren, der auch genau hier in die Diskussion der Weiterbildungsordnung paßt. Herr Hege hat gesagt: „... die zynische Unvernunft der Misanthropen vom grünen Tisch treibt uns in eine Mißtrauensordnung, der jeder Freiraum verdächtig ist“.

„Wir brauchen Freiräume“

Genau das sehe ich hier auch für die Weiterbildungsordnung! Wir brauchen auch in der Weiterbildungsordnung einen Freiraum, den wir ausfüllen können. Wir müssen also eine Änderung in der Zukunft bewirken und das Zauberwort dabei ist der Begriff „Deregulierung“, Sie haben ihn ja nun schon vielleicht in den letzten Wochen einmal gehört. Man spricht also jetzt von „Deregulierung der Weiterbildungsordnung“.

Wenn Sie sich noch einmal die vorherige Folie in Erinnerung rufen, dann wird Ihnen klar, daß eine Verunsicherung nicht nur der Weiterzubildenden, sondern auch der Weiterbilder besteht: welche Bausteine muß ich wo zusammensetzen, um was zu werden, also ein sehr schwieriges Unterfangen. Und es

Bild 1: Weiterbildungsordnung



gibt natürlich auch bei den Landesärztekammern mit dieser Weiterbildungsordnung Probleme.

Sie sehen auf der nächsten Folie (Bild 2) die Anzahl der Qualifikationen aufgeführt, die nach der Weiterbildungsordnung erwerbbar sind. Wir sehen einen eindeutigen Anstieg von 1992 auf 1993 – die Gebiete, die Bereiche insgesamt werden zahlreicher, weil neue geschaffen worden sind. Dazu haben wir noch die zusätzlichen Qualifikationen – also die Fachkunden und die Fakultativen Weiterbildungen –, die einen deutlichen Schub der Zahl der Prüfungen und damit auch des entsprechenden organisatorischen Aufwandes bedürfen. Auch hier müssen wir, damit der Aufwand nicht unendlich ausufert, deregulativ werden.

Die Bayerische Landesärztekammer steht hier allerdings nicht allein, sondern diese Meinung wird von allen Landesärztekammern geteilt, ebenso wie vom Vorstand der Bundesärztekammer und auch von Ausschuß und Ständiger Konferenz "Ärztliche Weiterbildung". Im Prinzip sind sich hier alle einig, wobei natürlich die Gründe nicht nur in der Weiterbildungsordnung selbst liegen – das muß man zugestehen –, sondern auch durch eine in vielen Bereichen veränderte Situation in der ärztlichen Tätigkeit bedingt sind.

Emotionale Ecke

Diese unsere Meinung, und auch die Meinung der anderen Landesärztekammern, stieß allerdings bei der Bundesärztekammer auf etwas Unverständnis. Herr Kollege Hoppe, Vizepräsident und zuständig für Weiterbildung, konnte oder wollte die Problematik, wie wir sie sehen, nicht ganz verstehen. Er hat im Deutschen Ärzteblatt vom 27. September 1996 aus seiner Sicht die Situation dargestellt. Ich denke, so wie er das als persönliche Darstellung schreibt, kann es nicht

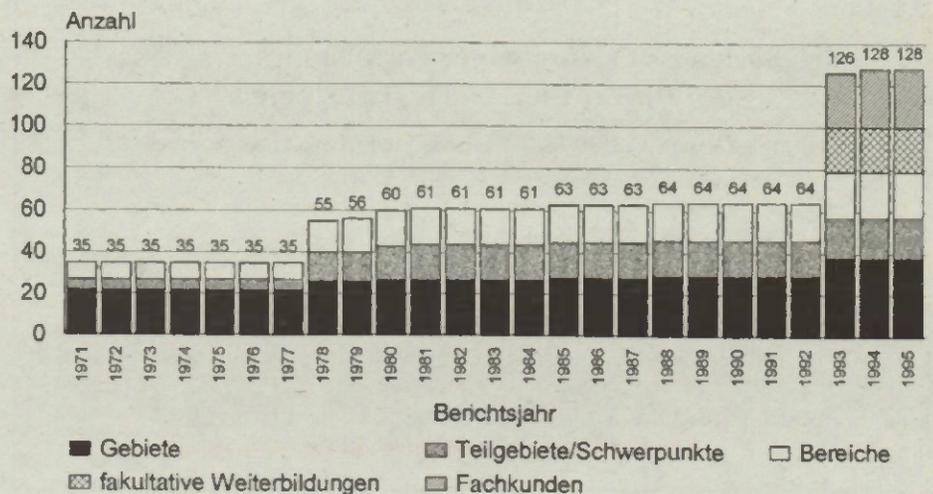
unwidersprochen bleiben: ich muß hier an dieser Stelle auf zwei oder drei Punkte aus seinem Artikel eingehen, um Ihnen zu zeigen, daß wir es etwas anders sehen und daß er uns in eine Ecke drängt, die mehr emotional ist und die wir gar nicht so wollen.

Herr Hoppe schreibt zum Beispiel, durch die Bedeutung des ärztlichen Berufsrechts auch für das Sozialrecht spiele die Weiterbildungsordnung eine immer größere Rolle bei Auslegungsfragen der Vergütungsordnungen für Ärzte, was die Gestaltung und die Administration nicht gerade erleichtere.

Meine Damen und Herren, die Weiterbildungsordnung zielt primär auf eine wissenschaftliche Qualifikation ab. Natürlich kann diese nicht isoliert im Raum allein stehend betrachtet werden, sondern wer eine Weiterbildung durchmacht und Facharzt wird, muß damit auch irgend etwas anfangen können. Das heißt, wir brauchen natürlich dann den Kontakt mit der Kassenärztlichen Vereinigung, mit den praktisch Tätigen, um einen sinnvollen Kompromiß finden zu können. Aber wir dürfen nicht primär immer bei der Weiterbildungsordnung nach dem Sozialrecht schießen, das ist sekundär, primär ist die Fachqualifikation.

Einen zweiten Punkt, den ich kurz zitieren möchte: „Da der ordnungspolitische Regelungsbedarf umstritten ist, kann die gegenwärtige Wei-

Bild 2: Anzahl der erwerbbaren Qualifikationen nach den jeweiligen Weiterbildungsordnungen, 1971 bis 1995



terbildungsordnung aufgrund ihrer Regelungsleistung weder vollständig zurückgefahren noch ersatzlos aufgegeben werden, ohne daß andere sich dieser Aufgabe annehmen.“ Meine Damen und Herren, niemand von uns will ein Zurückfahren oder ein ersatzloses Streichen der Weiterbildungsordnung. Hier wird meiner Ansicht nach ein Pappkamerad aufgebaut. Zur Diskussion wird von uns nicht die Reglementierung, sondern die Überregulierung gestellt.

Das heißt also, wir müssen „deregulieren“ und, wie gesagt, da sind sich alle Landesärztekammern einig.

Auch die Inhalte ändern

Was bedeutet aber nun dieses neue Schlagwort „Deregulierung“? Deregulierung bedeutet, daß wir die Weiterbildungsordnung etwas vereinfachen, daß wir sie globaler gestalten und damit Freiräume und Ermessensspielräume schaffen, die innerhalb der Weiterbildungsordnung ausgefüllt werden können. Gleichzeitig müssen natürlich auch die Inhalte der Weiterbildungsordnung überprüft werden, denn wenn Sie sich die Weiterbildungsordnung heute anschauen, sind dort manche Dinge aufgezeichnet, die in einer sinnvollen Zeit nie und nimmer von dem Weiterzubildenden zu erbringen sind.

Das führt entweder dazu, daß die Weiterbildungszeit unendlich verlängert wird, oder daß geschönte Zeugnisse geschrieben werden, was wir alle nicht

wollen, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Qualifikation. Also hier müssen wir auch eine sinnvolle Änderung des Inhalts bewirken, des Inhalts der Weiterbildungsordnung und der Richtlinien. Deregulierung bedeutet *nicht*, die Weiterbildungsordnung generell in Frage zu stellen, etwa gar Abstriche an der fachlichen Qualifikation zu machen oder erforderliche Gebiete und Schwerpunkte zu streichen – dies soll keinesfalls passieren!

„Fachkunde Labor“ schafft Probleme

Vielleicht darf ich in diesem Zusammenhang noch auf das Problem „Fachkunde“ kurz eingehen und zwar „Fachkunde Labor“, weil auch das in den Problemkreis „Deregulierung“ mit hineingehört. Sie wissen ja, daß die Labortätigkeit aus den Gebieten herausgenommen und in jedem Gebiet eine eigene Fachkunde Labor eingeführt wurde. Auch Sie haben 1992 die Fachkunde Labor zu jedem Gebiet beschlossen.

Allerdings konnte diese bisher von uns noch in keinem Fall erteilt werden, weil dazu noch keine Richtlinien existieren. Hier gab und gibt es immer noch einige Schwierigkeiten, sinnvolle Richtlinien zur Ausgestaltung der Fachkunde Labor zu erlassen. Der Kammervorstand wird sicher noch in diesem Jahr Richtlinien erlassen müssen, es ist zwingend erforderlich. Die Frage ist aber natürlich: Muß denn das Labor wirklich in einer eigenen Fach-

kunde stehen? Ist es nicht viel sinnvoller, es wie früher wieder in das Gebiet hineinzuschreiben mit einer praxisgerechteren Beschreibung, zum Beispiel nicht bezogen auf Einzelparameter, sondern bezogen auf Methoden? Ich hielte das für viel sinnvoller. Auch dies verstehe ich natürlich unter dem Begriff „Deregulierung“.

Darunter fällt natürlich auch, daß wir, denke ich, in der Zukunft die Möglichkeit schaffen müssen, daß Weiterbildung auch betreiben kann, wer schon berufstätig ist, zum Beispiel als niedergelassener Kollege. Weiterbildungsmöglichkeiten und Qualifikationsmöglichkeiten zu schaffen, die man neben einer normalen ärztlichen Tätigkeit erwerben kann, ist für viele Bereiche ganz sinnvoll – denken Sie an Qualitätsmanagement oder an Notfallmedizin. Wir haben hier dann den Schnittpunkt zwischen Weiterbildung und Fortbildung. Eine entsprechende Qualifikation muß geschaffen werden: Stichwort Ärztekammer-Diplom.

Ich habe einen Antrag vorbereitet, den der Vorstand dankenswerterweise einstimmig übernommen hat, der Sie bittet, zuzustimmen, daß der Vorstand Ihnen im nächsten Jahr Vorschläge zur Weiterbildungsordnung in diesem Sinne vorlegt, über die Sie dann entscheiden können. Ich habe Ihnen dies gerade ausführlich begründet; ich bitte Sie also, diesem Antrag zuzustimmen, damit wir Ihnen auf dem nächsten Ärztetag ein Konzept dazu vorlegen können.

Ergänzungen zur Weiterbildungsordnung

Bleiben wir noch etwas bei der Weiterbildungsordnung: Der Deutsche Ärztetag hat jetzt im Frühjahr in Köln neue Ergänzungen zur Weiterbildungsordnung beschlossen und zwar ein Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“, eine Fakultative Weiterbildung „Spezielle Ophthalmologische Chirurgie“ in der Augenheilkunde und eine Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.

Diese Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ wollten wir Ihnen von Anfang an dieses Jahr hier zur Beschlußfassung *nicht* vorlegen. In

Kammerkonzert

anlässlich des 47. Nürnberger Fortbildungskongresses
der Bayerischen Landesärztekammer

am 7. Dezember 1996, 20 Uhr in der Meistersingerhalle

Franz Schubert: Klavierquintett A-dur, D 667 Forellenquintett
Johannes Brahms: Klavierquartett g-moll, op. 25

Mitglieder der Bamberger Symphoniker

Tomoko Ogasawara, Klavier, Yaakov Rubinstein, Violine, Gilad Karni, Viola,
Matthias Ranft, Violoncello, Joachim Meyer, Kontrabaß

Karten 20,- DM. Während des Kongresses am Kongreßbüro
in der Meistersingerhalle

dieser Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ sind verschiedenste Inhalte – chirurgische, neurochirurgische, internistische, anästhesiologische – aufgeführt, die jemand, der diese Zusatzbezeichnung erwerben möchte, alle erlernen muß, dann aber hinten nach nicht mehr anwenden kann, soweit sie gebietsfremd sind. Der zweite Grund ist, daß wir noch keine Richtlinien haben für diese „Spezielle Schmerztherapie“. Wir wollen diese deshalb zum heutigen Zeitpunkt nicht zur Diskussion und zur Abstimmung stellen.

Wir wollten Ihnen allerdings das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ zur Einführung vorschlagen, mußten aber bei der Vorbereitung feststellen, daß dies in Bayern nicht möglich ist, weil die derzeit gültige Gesetzeslage uns dies verbietet. Es müßten Gesetze in Bayern geändert werden und wir müssen hier erst mit den entsprechenden Ministerien Verhandlungen führen. Ich weiß, daß dies auch in anderen Bundesländern der Fall ist; dies ist aber offensichtlich im Vorfeld von der Bundesärztekammer so nicht gesehen worden.

Vorgeschlagen zur Einführung – und Sie sehen es auf Ihrer Tagesordnung – hatten wir die Fakultative Weiterbildung „Spezielle Ophthalmologische Chirurgie“ in der Augenheilkunde, weil hier offensichtlich unstrittig war, daß dies die Augenärzte so wollen. Zwischenzeitlich hat sich aber herausgestellt, daß erhebliche Unterschiede zwischen der Auffassung der Augenärzte und der Bundesärztekammer bestehen. Die Augenärzte sind nicht einverstanden mit den Formulierungen und dem Inhalt, so wie es Ihnen hätte vorgelegt werden sollen. Ich darf Sie deshalb bitten, auch diese Fakultative Weiterbildung „Spezielle Ophthalmologische Chirurgie“ in diesem Jahr nicht einzuführen, obwohl das auf der Tagesordnung steht, sondern auf nächstes Jahr zu vertagen.

Fortbildung in Bayern

Kommen wir zu dem nächsten Kapitel, zum Kapitel Fortbildung. Ich darf Ihnen hier anhand von zwei weiteren Folien demonstrieren, womit wir uns dabei eigentlich befassen.

Auf der nächsten Folie*) habe ich Ihnen aufgeführt, was wir alles an Fortbildung in Bayern durchführen. Wir haben die Fortbildung der Ärztlichen Kreisverbände, die R & R Fortbildung, die Fortbildung für Notärzte zusammen mit der KVB und die Allgemein- arztfortbildung – gemeint sind hier natürlich die 240stündigen Weiterbildungskurse für Allgemeinmedizin, in denen auch immer wieder Kollegen sitzen, die diesen Kurs zur Fortbildung machen und nicht zur Weiterbildung.

Vielleicht hier an dieser Stelle ein Wort zu dem 240 Stundenkurs Allgemeinmedizin: Herr Kollege Weidringer und ich, die diese Kurse immer wieder durchführen und organisatorisch wie auch fachlich betreuen, sind uns einig, daß wir eine Reduzierung dieser 240 Stunden brauchen. Es ist für die Kolleginnen und Kollegen unzumutbar, berufsbegleitend solche Kurse zu machen und dafür auch noch sehr viel Geld zu zahlen! Ich denke, daß man dies auf ein sinnvolles Maß beschränken muß, um die wesentlichen Elemente allgemeinärztlicher Tätigkeit zu vermitteln.

Es ist geplant, in der Zukunft in diesem Kurs die Psychosomatik auf achtzig Stunden auszudehnen. Auch dies halte ich für einen vollkommen verkehrten Weg. Wir stehen hier gerade in Diskussion mit der Bundesärztekammer, um dies nicht geltendes Recht werden zu lassen. Eventuell werden wir Ihnen im Rahmen des nächsten Ärztetages dies nochmals zur Diskussion stellen. Wir müssen nicht alles das nachvollziehen, was uns von zentraler Seite aus vorgegeben wird!

Des weiteren sehen Sie die Methadon-Fortbildung, die Aus- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, dann eine interaktive Fortbildung mittels CD-ROM – dies werde ich Ihnen noch ausführlich demonstrieren –, dann eine Fortbildungskooperation Pharmaindustrie/BLÄK. Auch hierüber werde ich Ihnen noch kurz berichten.

Dann gibt es die „Allgemeine Fortbildung“, „Klinische Fortbildung“ und letztendlich den Nürnberger Fortbildungskongreß, der ja direkt von der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführt wird. Beteiligt ist die

Kammer auch an den Kongressen in Augsburg und Regensburg. Auf der nächsten Folie*) möchte ich Ihnen einmal die Zahl der Kolleginnen und Kollegen demonstrieren, die an unseren Fortbildungen in Bayern teilgenommen haben, nachdem es immer heißt: „Es nehmen nur so wenige daran teil, wir brauchen dringend einen Fortbildungszwang!“ Den haben wir natürlich durch unser Kammergesetz eh schon in Form einer Fortbildungspflicht. Insgesamt haben im letzten Jahr über 36 000 Kolleginnen und Kollegen allein an den Fortbildungsveranstaltungen der ärztlichen Selbstverwaltung, die ich vorhin aufgeführt habe, teilgenommen – eine doch erhebliche Zahl, wie ich meine.

Fortbildung erstmals auf CD-ROM

Meine Damen und Herren, ich habe gerade „CD-ROM“ erwähnt. Die Bayerische Landesärztekammer ist bei neuen Medien aktiv. Wir müssen ja auch bei den neuen Medien versuchen, up to date zu sein und hier das Sinnvolle mit umzusetzen – auch in der Fortbildung – und so haben wir mehrere interaktive CD-ROMs in Auftrag gegeben, wovon eine fertiggestellt ist. Ich darf Ihnen einmal hieraus einige Sequenzen demonstrieren, damit Sie wissen, um was es sich dabei eigentlich handelt und wie sich das darstellt. Ich kann hier nur Ihr Interesse wecken, aber Ihnen natürlich nicht alles zeigen. Diese erste CD-ROM „Ernährung und Gesundheit“ wurde unter fachlicher Leitung von Herrn Kollegen Sailer erstellt. Sehr engagiert hat sich hier vor allem unser Hauptgeschäftsführer, Herr Dr. Amarotico, dem ich an dieser Stelle sehr danken möchte, daß er sich so aktiv für ein neues Medium mit eingesetzt hat.

Wir haben außer dieser CD über Ernährung und Gesundheit derzeit noch weitere CDs in der Produktion – eine zum Thema Impfen, die in einer Vorabversion fertiggestellt ist, und eine zum Thema Rauchen, die im nächsten Frühjahr herauskommt. Weitere CDs sind geplant.

Die CD wird wahrscheinlich über einen Verlag erwerbbar sein, für bayerische

*) s. Geschäftsbericht 1995/96, Bayer. Ärzteblatt, Mittelteil September 1996, Seite 28 ff.

Ärzte mit entsprechenden Sonderkonditionen; hier stehen wir derzeit in Verhandlung.

Ärzte im Internet

Wir kommen zu einem nächsten Problem der Fortbildung, und zwar „Fortbildung und Internet“, sozusagen dem großen Begriff Telemedizin, wie ihn Herr Dr. Hege schon angesprochen hat. Unter Telemedizin versteht man ja die verschiedensten Dinge, angefangen von sogenannter „second opinion“, also Übermittlung von Patienten-Befunden online an andere Kollegen, um einen Fall aktuell zu diskutieren.

Sie erinnern sich vielleicht an die Pressemeldungen in den letzten Tagen: Augenärzte in Bayern sind angebunden an eine zentrale Augenklinik. Solche Dinge führen selbstverständlich zu einer Verbesserung der Patientenversorgung. Es gibt noch weitere solche Verfahren. Wir werden diese alle auf dem Nürnberger Fortbildungskongreß demonstrieren, der vom 6. bis 8. Dezember 1996 in Nürnberg stattfindet und dort am Freitagvormittag, 6. Dezember 1996, alle Möglichkeiten darstellt, die es in diesem Bereich gibt.

Hierzu führen wir einen Monat vorher, am 4. November 1996, in München eine eigene Pressekonferenz durch, an der neben den Fachleuten auch die entsprechenden Ministerien, Krankenkassen usw. teilnehmen werden, da es sich hier um ein Gebiet handelt, das nicht aufzuhalten ist, wo wir aber – denke ich – mitreden müssen, damit keine Auswüchse aufgrund dieser technischen Möglichkeiten erfolgen.

Ein weiteres Problem dabei ist Fortbildung im Internet. Hier haben wir das Problem, daß bei dieser Fortbildung, die dort angeboten wird, niemand weiß, ob das, was Sie darin abrufen können, dem heutigen Stand der Wissenschaft entspricht. Das ist ein Problem. Das nächste Problem sind Mailboxen, wo Informationen abgefragt werden können. So lange das innerärztlich funktioniert, spricht ja gar nichts dagegen; ganz im Gegenteil! So lange diese Mailboxen aber die Möglichkeit bieten, daß Arzt-Patientenkontakte online stattfinden, ohne daß jemals eine natürliche Arzt-



Münchener Delegierte

Patientenbeziehung bestanden hat, sehe ich da erhebliche Probleme.

Noch immer ist es so, daß unsere Diagnostik und Therapie darauf beruhen, daß wir unsere fünf Sinne anwenden. Und im Internet haben wir nur einen Sinn: nämlich das Sehen, um zu lesen. Ich denke, daß zur Diagnosestellung und Therapie eines Patienten nicht der virtuelle, sondern der persönliche Kontakt unbedingt gehört.

Sicherheit von Patientendaten

Und ein letztes Problem, wenn es um Datenübermittlung geht, ist natürlich auch noch die Sicherheit von Patientendaten. Wir beschäftigen uns im Dialog mit der Bayerischen Staatsregierung intensiv mit diesen Problemen. Eingebunden sind hierzu nahezu alle Referate der Bayerischen Landesärztekammer – das Referat Berufsordnung, das Referat Fortbildung und das Referat Recht, weil hier die Probleme sehr ineinander übergreifen.

Ich darf mich an dieser Stelle, weil ich gerade diese drei Referate erwähnt habe, bei allen vier Referaten, bei Herrn Dr. Amarotico, Herrn Dr. Frenzel, Herrn Jürgens, Herrn Kalb und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich bedanken für die Unterstützung der Arbeiten im vergangenen Jahr, für die guten Ideen,

die sie beigesteuert haben, für ihr Engagement und die kooperative Zusammenarbeit.

Auch die Akademie für ärztliche Fortbildung war natürlich tätig. Ich darf hier auf den Bericht von Herrn Kollegen Stöckle, dem ich für die Leitung herzlich danke, verweisen.

Wir haben auch einen Arbeitskreis mit der Pharma-Industrie gegründet, um mit ihr zu diskutieren, welche Fortbildung wie gesponsert werden soll, welche Richtlinien hier einzuhalten sind, um Auswüchse, die in der Vergangenheit oftmals bemerkt worden sind, zu verhindern und zukünftig zu vermeiden. Wir haben hier Ideen kreiert, die wir nun zusammen mit der Pharma-Industrie versuchen wollen, umzusetzen: zentrale Fortbildungsveranstaltungen, zentrale schriftliche Fortbildungsmedien, visuelle Fortbildungsmedien.

Wir legen dabei vor allem Wert auf eine partnerschaftliche Kompetenz der pharmazeutischen Unternehmen und die Beachtung der Grundsätze der Berufsordnung. Gerade letzteres ist für mich ein ganz wesentlicher Punkt: Sponsoring ist ja sehr gut und ohne geht es sicher nicht, aber daß Werbung unlauter in den Vordergrund gestellt wird, das muß mit solchen Vereinbarungen unterbunden werden. Wir stehen hier in einer ernsten und fruchtbringenden Diskussion.

Online zur Ärztekammer

Ein vorletzter Punkt: Kommunikation der ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände mit der Bayerischen Landesärztekammer. Hier wollen wir als ersten Schritt die Mitgliederverwaltung bei den ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden vereinfachen, indem wir eine Online-Anbindung an die Kammer herstellen, so daß aktuelle Daten der Mitglieder jederzeit online abgerufen werden können und eine Doppelarbeit bei den Kreis- und Bezirksverbänden entfällt.

Wir werden einen Server bei der Kammer einrichten, auf dem alle diese Daten zur Verfügung stehen: Die ärztlichen Kreisverbände können sich über Telefon und Modem an diesen Server ankoppeln und ihre Daten holen. Das ist dabei jeweils eine individuell neu erstellte Leitung mit Wählen und Codenummer über Telefonnetz, also kein freies Netz, auf das irgend jemand sonst zugreifen kann. Datensicherheit ist hier gewährleistet.

Der Server wird in der Woche zwei-, dreimal nach außen hin geschlossen werden, so daß man für eine Viertel- bis Halbestunde keinen Zugriff hat, und gleichzeitig nach innen geöffnet werden, um dann vom zentralen Rechner der KVB und der Kammer die Daten zu übernehmen. Nach der Aktualisierung würde dann die Leitung nach außen wieder geschlossen, das heißt, es gibt keine Möglichkeit, von außen auf unseren zentralen Rechner mit den empfindlichen Datenbeständen zuzugreifen und dort zu „hacken“. Bis zum Frühjahr nächsten Jahres, spätestens Mai, wird dieses System funktionieren; ich konnte es neulich den Vorsitzenden der Bezirksverbände im Kammervorstand schon vorstellen.

Die Oberfläche des Bedienungsprogrammes wird „Netscape“ sein, ein Programm, das Sie auch vom Internet kennen. Sie haben die gleiche Bedienungsfläche und müssen nicht umlernen, es ist also auch von der Arbeit her relativ einfach. Diskutieren müssen wir natürlich dann über einen möglichen weiteren Ausbau dieses Services bei der Bayerischen Landesärztekammer. Wir könnten zum Beispiel aktuelle Unterlagen, wie Berufsordnung, Weiterbildungsordnung,

Arztrecht, Leitlinien, Onkologie-Richtlinien und was es alles gibt, dort einstellen, so daß sie jederzeit abrufbar sind. Wenn man dies tut, wird natürlich auch die Frage laut, ob nicht alle Ärzte Bayerns direkt auf einen solchen Server zugreifen können. Auch dies wird in Zukunft – sicher in ein bis eineinhalb Jahren – möglich sein.

Service der Kammer

Letzter Punkt: Kammerstruktur und Personal. Hier haben wir das Problem, daß die Kammer einerseits ein Serviceunternehmen für alle 54 000 Ärzte Bayerns darstellt. Andererseits aber hat sie hoheitliche Aufgaben zu übernehmen. Hier muß ein entsprechender Kompromiß zwischen beiden Aufgaben gefunden werden.

Mein Ziel ist es, die Serviceleistung der Kammer für Sie zu verbessern. Wir haben deshalb seit etwa einem halben bis dreiviertel Jahr eine gewisse interne Umstrukturierung durchgeführt, um in Absprache mit den je-

weiligen Referaten einen möglichst sinnvollen Personaleinsatz zu gewährleisten.

Dies bedeutet, daß wir für 1997 keine neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen müssen, sondern die Aufgaben, die bisher angefallen sind, durch diese Umstrukturierung auffangen können. Bei neuen zusätzlichen Aufgaben sind jedoch auch neue Planstellen erforderlich; neue Aufgaben können mit dem bisherigen Personalstand nicht mehr aufgefangen werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe Ihnen nun aus den sehr unterschiedlichen und vielfältigen Tätigkeitsschwerpunkten meiner Aufgabe als Vizepräsident in der Kammer berichtet und ich habe versucht, Ihnen aufzuzeigen, mit welcher Problematik wir in diesen Bereichen konfrontiert sind, wie die Lösungsmöglichkeiten aussehen und wie vor allem die sich daraus resultierenden Perspektiven für die bayerische Ärzteschaft aussehen. Ich werde weiter intensiv an der Lösung dieser Probleme arbeiten. □

Kurse zur Basisqualifikation „Methadon-Substitution“ 1997

Kurs I: 7./8. und 14./15. März 1997

Kurs II: 17./18. und 24./25. Oktober 1997

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München

Die Methadon-Substitutionsbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung darf nur von Ärzten durchgeführt werden, die ihre fachliche Qualifikation gegenüber der KVB-Bezirksstelle nachgewiesen und die dann die für die Substitutionsbehandlung erforderliche Genehmigung erhalten haben. Diese Qualifikation kann zum Beispiel durch eine Teilnahme am oben genannten Kurs „Basisqualifikation Methadon-Substitutionsbehandlung“ erworben werden.

Als Voraussetzung für die Erteilung der „Basisqualifikation Methadon-Substitution“ der Bayerischen Landesärztekammer wird zum einen der Nachweis über eine mindestens dreijährige ärztliche Berufserfahrung gefordert, wobei psychotherapeutische Kenntnisse erwünscht sind, zum anderen eine Bescheinigung über die Teilnahme am oben genannten 23stündigen Kurs.

Eine Anmeldung zu diesem Kurs ist **nur schriftlich** möglich bei:
Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 0 89/41 47-280

Qualitätssicherung – in Bayern vorn

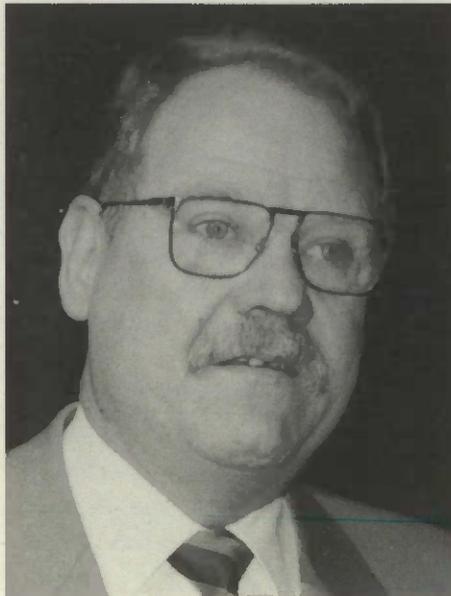
Bericht des Vizepräsidenten Dr. med. Klaus Ottmann

Beim letzten Bayerischen Ärztetag konnte ich Ihnen mit einem gewissen Stolz von einer Bündelung sämtlicher Qualitätssicherungsaktivitäten der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern durch die Gründung einer gemeinsamen Qualitätssicherungskommission berichten.

In verschiedenen Bundesländern wurde diese Entwicklung inzwischen nachvollzogen, teilweise mit eigenen Projektgeschäftsstellen und anderen Namen. Wir waren auf jeden Fall auf dem richtigen Weg. Dies hat sich auch im letzten Jahr bestätigt, da viele Themenbereiche und Projekte sowohl den ambulanten Bereich als auch den stationären Bereich betroffen haben. Als Beispiel möchte ich hier nur die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte ERCP-Studie und natürlich unser bayerisches Qualitätszirkelmodell erwähnen, das in dieser Art einmalig im Bundesgebiet ist. Die verschiedenen Themenbereiche, die bearbeitet wurden, können Sie im Tätigkeitsbericht nachlesen.

Zum stationären Bereich

Zunächst zeigte sich, daß wir in Bayern mit unserer Lösung und der Vertragskonzeption und den Ergänzungsvereinbarungen nach § 137 SGB V zum Vertrag § 112 SGB V wesentlich weiter gekommen sind als andere Länder. Die Bayerische Landesärztekammer ist heute paritätisch in alle Entscheidungen der stationären Qualitätssicherung eingebunden; dies muß als gewisser Erfolg verbucht werden. Bezüglich konkreter Fortschritte in der stationären Qualitätssicherung muß leider festgestellt werden, daß im stationären Bereich die Entwicklung sehr schleppend vorangeht. Die Erfassungsbögen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten sind längst fertig. Sie sind abgestimmt mit der Bundesärzte-



kammer und den Fachverbänden – alles ist erledigt, aber es passiert trotzdem fast nichts.

In der Zwischenzeit wurden diese Bögen im Bundesgebiet in 23 Modell-Krankenhäusern getestet; das Ergebnis ist uns noch nicht bekannt – weder der Bundesärztekammer noch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die ja über die Belegärzte auch bei Fallpauschalen und Sonderentgelten eingebunden ist.

Es konnte jedoch in Erfahrung gebracht werden, daß nicht zuletzt die Übermittlung der Informationen auf diesen Bögen erheblich Probleme bereitet hat. Einzelne Krankenhäuser haben weiterhin die Papierform gewählt, andere haben die zur Verfügung gestellte Software verwendet. Sehr unterschiedlich war auch die erfassende Person – sämtliche Varianten von Krankenhausmitarbeitern kamen hier zum Zuge –, vom AiP über MTA, Krankenhausverwaltung, Oberärzte und sogar Chefarzte. Es ist aber jedoch völlig klar: Medizinische Qualitätssicherungs-Erfassungsbögen können kei-

nesfalls von Nichtärzten ausgefüllt werden, so daß ich hier eindeutig feststellen muß, daß eine Delegation an medizinische Laien nicht möglich ist.

Der Zeitaufwand zur Erfassung der Bögen war sehr unterschiedlich und hängt sicher auch damit zusammen, welche Profession der Erfasser hat. Vom Zeitaufwand hängt natürlich auch die Relation der Vergütung ab; eine Einigung ist bis heute nicht geschehen.

Der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, Herr Luithlen, erinnerte mehrfach die Ärzteschaft, doch endlich ihrer obligaten Kritik an den Qualitätssicherungsbestimmungen im SGB V Taten folgen zu lassen. BÄK-Präsident Dr. Vilmar ist darauf eingegangen und hat gesagt: „... wir haben unsere Korrekturvorschläge am SGB V bezüglich der Regelung der Qualitätssicherung längst eingebracht“. Ich hoffe, daß endlich auch Änderungen erfolgen.

Gesetzgeberischer Nonsens

Ich bringe noch einmal mein Paradebeispiel über den gesetzgeberischen Nonsens der Qualitätssicherung, der derzeit existiert. Ich bediene mich dabei des Beispiels der Leistenbruchoperation. Die vollstationär auf einer Hauptabteilung durchgeführte Leistenbruchoperation wird derzeit stichprobenmäßig qualitätsgesichert über den § 137. Zuständig ist die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen; eine verbindliche Mitwirkung der Ärztekammern, wie bei uns in Bayern, ist nicht vorgesehen. Der belegärztlich erbrachte Leistenbruch findet sich im Bereich der Qualitätssicherung im § 136 wieder. Hier sind dann Kassenärztliche Vereinigungen und die Krankenkassen zuständig.

Der ambulant operierte Leistenbruch muß derzeit qualitätsgesichert werden nach § 115 b SGB V, das heißt eine dreiseitige Regelungskompetenz für Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassenverbände. Es gibt wohl auch noch bei Privatpatienten operierte Leistenbrüche – die werden hoffentlich auch qualitätsgesichert und müßten dann

ausschließlich nach Regularien der Bundesärztekammer oder der Landesärztekammern beurteilt werden. Diese gesetzgeberische Konfusion bei ein- und demselben medizinischen Eingriff ist wirklich haarsträubend. Ich hoffe wirklich, daß endlich mal die parlamentarischen Hürden auch hier genommen werden können und Ordnung in das System kommt.

Interessant sind neue Gesichtspunkte, die vom Bundesgesundheitsministerium ausgehen, daß die medizinische Qualitätssicherung, so wie sie derzeit angedacht ist, eigentlich die Patientenkarriere nicht erfaßt. Das ist richtig. Eigentlich will man jetzt, und das stimmt das Ministerium überein mit den Vorstellungen der Krankenkassen, mehr den Sinn und die Blickrichtung auf die Indikation richten. Das hat sicher Logik. Wenn ich aber eine gesamte Patientenkarriere erfassen möchte, von der Voruntersuchung über den stationären Teil und dann noch Jahre später, kann dies meines Erachtens nur in einzelnen Modellversuchen möglich werden. Keinesfalls kann das mit den derzeitigen Vorstellungen von stationärer Qualitätssicherung in Einklang gebracht werden. Wir würden ersticken in einem bürokratischem Papierwust. Die Erfassung sämtlicher Daten der Patienten im Bundesgebiet, so wie einzelne Leute sich das immer noch vorstellen, ist Nonsens.

Es bleibt, die originäre Aufgabe der medizinischen wissenschaftlichen Gesellschaften der einzelnen Fachgebiete, Therapieempfehlungen und auch Standards zu erarbeiten, vorzugeben. An diesen müssen wir uns dann orientieren. Eine Massen-Datenerfassung bringt überhaupt nichts.

Gebühr für Erfassung

Bezüglich der Finanzierung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist eine Bundesempfehlung in Aussicht. Dieser Empfehlung kann auf Landesebene entsprochen werden, sie existiert aber bisher noch nicht. Wichtig ist ein neuer Aspekt von Seiten der Krankenkassen, wonach die Finanzierung dieser Qualitätssicherungsbögen oder der Arbeit, die eben in den Krankenhäusern zur Qualitätssicherung geleistet

werden muß, jetzt zusätzlich finanziert werden soll.

Sie wissen, daß die Krankenkassen nach wie vor der Meinung sind, die Fallpauschalen und Sonderentgelte seien zu üppig berechnet; es gäbe noch eine Menge finanziellen Spielraum, und den könnte man für die Qualitätssicherung verwenden. Daß das natürlich für die Sache Qualitätssicherung kontraproduktiv ist, haben die Krankenkassen jetzt eingesehen, so daß sie sich entschlossen haben, eine zusätzliche Gebühr dafür zur Verfügung zu stellen. Wenn es nach unseren Vorstellungen geht, soll die Gebühr derjenige bekommen, der die Leistungen im Krankenhaus, auf der Station, auch erbringt, also zum Beispiel der Stationsarzt. Keinesfalls sollte die Gebühr der Träger des Krankenhauses bekommen; dann fehlt jegliche Motivation.

Die Krankenkassen sind auch der Meinung, daß die Krankengeschichten, also der gesamte Ablauf eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus, in Zukunft EDV-mäßig erfaßt wird – von der einzelnen Tablette, die gegeben wird, über das Fiebermessen und was weiß ich alles. Sie meinen, wenn dem so ist, daß die gesamte Krankengeschichte EDV-mäßig archiviert ist, könnten Daten für die Qualitätssicherungsbögen automatisch aus den vorhandenen Informationen extrahiert werden. Aber dies ist natürlich noch ein langer Weg.

Marketing mit Qualität

Das Qualitätsmanagement im Krankenhaus erhält durch Aktivitäten in einigen Regionen neue Dimensionen. Unter dem Begriff „total quality management“ sind alle Bereiche eines Krankenhauses betroffen, von der Pforte über die Küche, von den Pflegediensten bis zu den wirklichen ärztlichen Leistungen an unseren Patienten. Alle diese Bereiche sollen qualitätsgesichert werden. In einigen Pilotprojekten der Bundesrepublik wurden derartige Maßnahmen bereits durchgeführt. So wurde zum Beispiel in Bayern die II. Chirurgische Klinik des Klinikums Fürth bereits von der Landesgewerbeanstalt in Nürnberg qualitätsgesichert zertifiziert. Welche Bedeutung dies für dieses Klinikum

hat, zeigt sich daran, daß dann sofort eine Pressekonferenz durchgeführt wurde, um die Überreichung der Zertifikatsurkunde publizistisch auszunutzen.

Anfang des Jahres kommt ein Leitfaden des Bundesgesundheitsministeriums heraus, der das Qualitätsmanagement im Krankenhaus regeln wird. Dies hat natürlich zur Folge, daß die Krankenhäuser in einen Wettbewerbsdruck kommen und nacheinander diese Qualitätsmanagementaktionen durchführen müssen. Die Krankenkassen haben bereits signalisiert, daß sie ihren Patienten zertifizierte Abteilungen oder Krankenhäuser mehr ans Herz legen werden als die anderen, nicht zertifizierten Institutionen. Die Qualitätssicherungs-Zertifizierung wird sich eindeutig zu einem Marketinginstrument entwickeln.

Ambulantes Operieren

Es ist längst bekannt, daß Qualitätssicherungsmaßnahmen sowohl im ambulanten Bereich wie auch im Krankenhaus entsprechend den Regelungen nach § 115b durchgeführt werden müssen. In Bayern wurden im I. Quartal 1996 160 000 ambulante Operationen von niedergelassenen Ärzten durchgeführt – in allen operativen Dimensionen, von der kleinsten Hautexzision bis zu großen Eingriffen. Im selben Zeitraum wurden in den Krankenhäusern nur 500 ambulante Operationen durchgeführt.

Das heißt: lediglich 0,3% aller ambulanten Operationen fanden im stationären Bereich statt. Die Zahl von 160 000 Operationen hat uns selbst so fasziniert, daß wir in eine Analyse eingetreten sind. Dabei haben wir feststellen müssen, daß 70 000 Operationen eigentlich gar nicht den typischen Anspruch einer wirklichen Operation haben; es sind eben kleine chirurgische Eingriffe. Wenn Sie diese Eingriffe abziehen, dann kommen wir natürlich schon wieder zu reelleren Zahlen. Wir ersticken auch hier schon wieder in einem Papierwust der Dokumentation. Es kann keinen Sinn machen, wenn kleinste operative Eingriffe qualitätsgesichert dokumentiert werden müssen oder auch die geforderte Infra-

struktur für alle Eingriffe gleich ist. Das heißt, daß die Operateure einen Operationsraum komplett vorhalten müssen, auch wenn sie nur eine Hautexzision machen. Hier wurden schon wieder Strukturen aufgebaut, die meines Erachtens völlig überzogen sind. Jetzt stellt sich das Problem, derartige Regelungen wieder zu korrigieren.

Die Überarbeitung dieses Anforderungs-Kataloges ist dringend notwendig. Es werden dabei natürlich auch Besitzstände berührt. Ich habe Verständnis dafür, daß die Fachgebiete, die besonders viele kleine Operationen durchführen, Angst haben, daß sie aus dem Regelungsbereich des ambulanten Operierens ausgegliedert werden. Das muß kostenneutral umgesetzt werden. Aber sinnvoll kann es nicht sein, wenn völlig überzogene Qualitätssicherungs-Richtlinien zu einem Ballast werden.

Langfristig ist auch für ambulante Operationen vorgesehen, Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen. Das ist auch nur konsequent, wenn derselbe Eingriff im Krankenhaus mit einer Pauschale finanziert wird. Warum soll es im niedergelassenen Bereich nicht genauso sein?

Qualitätszirkel in Bayern

Ein weiterer intensiver Arbeitsschwerpunkt in meinem Bereich ist die Qualitätszirkelbewegung in Bayern. Wir haben sie auch in diesem Jahr massiv gefördert und konnten die Strukturen weiter ausbauen. Die Trägerschaft der ärztlichen Qualitätszirkel hat die Kassenärztliche Vereinigung. Wir haben, im Gegensatz zu anderen Bereichen im Bundesgebiet, von Anfang an die Mitarbeit der in der Klinik tätigen Ärzte in den Qualitätszirkeln begrüßt und immer gefördert. Aus diesem Grund hat sich auch die Bayerische Landesärztekammer finanziell bei der Organisation beteiligt.

Wir haben jetzt in Bayern 237 Qualitätszirkel in mehr oder weniger aktiver Arbeit. Die Mitwirkung der Kliniker, die wir so gerne gehabt hätten, ist leider sehr dürftig. Um die organisatorischen Voraussetzungen weiter verbessern zu können, wurden zusätzliche Moderatoren-Trainingsseminare ver-



Oberbayerische Delegierte

anstaltet. Wir führten einen Meinungsaustausch der Qualitätszirkelbeauftragten der Bezirke auf Landesebene durch. Diese Qualitätszirkel-Bewegung muß permanent motiviert werden. Wir haben inzwischen auch ein Evaluationskonzept entwickelt, da festzustellen war, daß mancher Qualitätszirkel seinen Namen nicht so ganz verdient hat.

Spezieller Handlungsbedarf

In Einzelprojekten hat die Kassenärztliche Vereinigung im Bereich der Qualitätssicherung erheblichen Handlungsbedarf gesehen, zum Beispiel wurde die Sonographie der Säuglingshüfte durch Stichproben überprüft. Inzwischen, nach anfänglichen Turbulenzen, ist das längst ein Routinevorgang geworden und wir müssen feststellen, daß die Ergebnisse ständig besser werden. Das ist ja auch der Sinn der Sache.

Die auf Bundesebene beschlossene Rezertifizierung der Ärzte, die gynäkologische Zytologie durchführen, hat zu einem erheblichen berufspolitischen Problem geführt, indem sich die Grundsatzfrage stellt, ob eine einmal erhaltene Qualifikation auch später noch einmal abgeprüft werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich zu diesem unpopulären Schritt entschlossen, dies aber nicht willkürlich, sondern nur für die ärzt-

lichen Bereiche, wo Defizite feststellbar sind. Die Frist für Gynäkologen und Pathologen, die gynäkologische Zytologie ausführen, läuft jetzt Ende dieses Jahres ab. Wer sich bis dahin nicht rezertifiziert hat, kann diese Leistungen dann im ambulanten Bereich nicht mehr durchführen.

Auch eine Nachqualifikation im Bereich der Mammographie ist aus Gründen veränderter technischer Bedingungen vorgesehen. In diesem Zusammenhang muß ich leider feststellen, daß der stationäre Bereich bei solchen sinnvollen Qualitätssicherungsmaßnahmen eigentlich ausgespart bleibt. Ich will nicht sagen, daß dort die Leistungen schlechter oder besser sind als im ambulanten Bereich, aber es kann nicht sinnvoll sein, daß die niedergelassenen Ärzte sich derartigen Rezertifizierungsmaßnahmen unterziehen müssen und der stationäre Bereich davon völlig ausgespart bleibt. Es hat keinen Sinn, nach wie vor mit unterschiedlichen Maßstäben zu arbeiten.

Eine Neubewertung der arthroskopischen Leistungen im ambulanten Bereich ist erfolgt; es wurden im EBM spezielle Qualitätssicherungskriterien zugrunde gelegt. Das gestaltete sich etwas schwierig für manche Operateure. Wir sind aber der eindeutigen Meinung, daß Ärzte, die eine arthroskopische Operation durchführen, sie auch in allen Schwierigkeitsgraden beherrschen müssen, da sie häufig nicht

wissen, welche Situation im Kniegelenk vorgefunden wird.

Wir werden ab 1. Januar in zusätzliche Stichprobenprüfungen der arthroskopischen Operationen in der Kasernenärztlichen Vereinigung in Bayern eintreten. Ich hoffe, daß die Qualität der Operationen gut ist. Ein ganz entscheidender Punkt der derzeitigen politischen Diskussion ist die Indikation. Eine korrekt gestellte Indikation kann man nur über die Stichprobenprüfung beurteilen. Hier ist Handlungsbedarf gegeben, und ich hoffe, daß wir Regelungen mit Augenmaß etablieren können.

Beratung geht vor

Zusammenfassend möchte ich zum Thema Qualitätssicherung ein Prinzip klar formulieren: Sämtliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind grundsätzlich Beratungsinstrumentarien. Wir sind sowohl dem Wohl unserer Patienten als auch den Kostenträgern gegenüber verpflichtet, einen hohen medizinischen Standard unserer Leistungen zu gewährleisten. Immer muß die Beratung vor Sanktionen stehen. Qualitätssicherungsmaßnahmen dürfen auch nicht zur Ausgrenzung einzelner Fachgebiete oder einzelner Ärzte führen. Ausschließlich der Qualitätsstandard muß das Entscheidungskriterium sein.

Zurück zur Qualitätssicherung gemäß § 137 SGBV in Verbindung mit § 112 SGBV, das heißt also dem stationären Bereich mit Fallpauschalen und Sonderentgelten: Wir hätten die Projektgeschäftsstelle für diesen gesamten klinischen Bereich sehr gerne bei der Bayerischen Landesärztekammer angesiedelt. Dies ist am Widerstand der Bayerischen Krankenhausgesellschaft gescheitert.

In diesem Jahr wurde die Projektgeschäftsstelle Stationäre Qualitätssicherung ins Leben gerufen. Als Leiter wurde Privatdozent Dr. Hermanek vom Kuratorium berufen. Er hat unser Vertrauen; wir glauben, daß wir mit ihm einen hochqualifizierten Kollegen gefunden haben, und wünschen uns, daß er seine medizinische Unabhängigkeit auch unter der Ägide der Krankenhausgesellschaft bewahren kann.

Zum Abschluß dieses Themenkomplexes möchte ich noch einmal an die Bundesärztekammer appellieren, endlich Ordnung in den gesetzgeberischen Dschungel der Qualitätssicherung zu bringen.

Ich fordere noch einmal alle Beteiligten auf, stationäre und ambulante Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammenzuführen. Unterschiedliche Qualitätsanforderungen bei gleichen ärztlichen Leistungen können nicht akzeptiert werden. Wenn dies auch der Gesetzgeber bisher nicht so vorgesehen hat, so hoffe ich doch auf entsprechende Einsicht im Interesse unserer Patienten.

Rückgang der Ausbildungsverträge

Ein weiterer Punkt, für den ich zuständig bin, sind die Arzthelferinnen. Sie können es im Geschäftsbericht nachlesen: Wir bilden derzeit in Bayern 10 000 Arzthelferinnen aus; das sind jährlich über 3000, die ihre Ausbildung beginnen. Wir müssen leider feststellen, daß in diesem Jahr, wahrscheinlich bedingt durch die kritische wirtschaftliche Lage in den Arztpraxen, die Ausbildungsverträge einen Rückgang von 10 bis 20 % verzeichnen. Das heißt im Klartext, und das ist sehr bedauerlich, daß weniger qualifizierte Helferinnen in Zukunft zur Verfügung stehen.

Insgesamt sind in Bayern derzeit ca. 45 000 Arzthelferinnen in Arztpraxen tätig. Schätzungsweise sind zusätzlich ungefähr 20 000 Arzthelferinnen in anderen Bereichen – Industrie oder auch im Krankenhaus – beschäftigt. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch erwähnen, daß ohne formale Ausbildung eine große Zahl von Arzthelferinnen in den Praxen tätig ist, ohne die wahrscheinlich die ambulante Versorgung auf dem derzeitigen Niveau nicht möglich wäre.

Der Rückgang der Ausbildungsverträge muß kritisch beurteilt werden, da dies zu einem Mangel an qualifizierten Mitarbeitern führen muß. Billigere, nicht ausgebildete, angelernte Kräfte sind meines Erachtens häufig nicht in der Lage, die Belastungen und Anforderungen in einem Praxisalltag zu absolvieren. Wir werden uns also mit dem Gedanken anfreunden müssen, daß die

Arzthelferinnen knapper werden und auf diese Weise natürlich der Markt im Endeffekt so eng wird, daß sie auch teurer werden.

Wir sind ständig bemüht, die Qualität unserer Helferinnen weiter zu verbessern. Es gibt zusätzliche Ausbildungsprogramme, zum Beispiel in der Onkologie. Wichtig ist, daß nur jede zweite Arztpraxis in Bayern Helferinnen ausbildet. Das heißt: diese Praxen bilden praktisch für die anderen, die nicht ausbilden, die Helferinnen aus. Das ist ein Akt der Solidarität und nicht unbedingt selbstverständlich.

Ich möchte ausdrücklich heute unseren Helferinnen einen Dank aussprechen. Das tägliche Engagement und die Einsatzbereitschaft in der Praxis sind hervorragend. Denn gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, in denen wir jetzt stecken, bin ich der Meinung, man sollte auch unseren Mitarbeiterinnen einmal endlich den Dank abstaten.

Bayerisches Krebsregister

Ich darf kurz auf den Stand des Bayerischen Krebsregisters eingehen. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß der Freistaat Bayern bei der Umsetzung der Vorgabe des Bundes, ein Krebsregister zu etablieren, mit erheblichen finanziellen Problemen zu kämpfen hat. Als Keimzelle der Krebsregistrierung sollen die bisher etablierten Tumorregister gelten; das zentrale Krebsregister für Bayern soll auf Beschluß des Ministerrates in der Region Erlangen-Nürnberg angesiedelt werden.

Dies hat zu sehr großer Enttäuschung bei den hochverdienten Aktivisten zugunsten einer Krebsregistrierung in Bayern an der Ludwig-Maximilians-Universität München geführt. Lösungen, die räumliche, organisatorische und personelle Trennung der Vertrauensstelle und der Registerstelle zu verwirklichen, sind bisher nicht in Sicht. Bei den derzeit laufenden Gesprächen konnte auch noch nicht geklärt werden, wie die Vergütung des meldenden Arztes für das Krebsregister geregelt wird. Auch die Datenschutzprobleme bezüglich der obligaten Meldung mit oder ohne Einwilligung des Patienten sind weiterhin



Niederbayerische Delegierte

offen. Ich hoffe, daß intelligente Strukturen möglichst bald gefunden werden können, jedoch ohne entsprechende Finanzierungszusage der Bayerischen Staatsregierung wird nichts geschehen.

Es ist schon eine Besonderheit, wenn ein Bundesgesetz die Länder verpflichtet, bis zum 1. Januar 1999 ein bevölkerungsbezogenes Krebsregister einzurichten, und diese Verpflichtung dann mit Ablauf zum 31. Dezember 1999 im Bundesgesetz wieder entfällt, in der festen Überzeugung, daß die Länder dann ihre Hausaufgaben gemacht haben. So wie es heute aussieht, werden sie wahrscheinlich ihrer Verpflichtung nicht nachkommen.

Kooperation ambulant – stationär

Zum Schluß komme ich zu meinem persönlichen Lieblingsthema – der Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der Terminus *technicus* hat sich inzwischen etwas gewandelt; wir sprechen nicht mehr von „Verzahnung“, da die Vergangenheit häufig doch etwas mit „Verbeißen“ zu tun hatte, wir sprechen von Kooperation.

Zugegeben werden muß, daß das Problem einer sinnvollen Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in unserem Gesundheitswesen seit Jahren nicht vernünftig geregelt ist. Viel zu viele Einzelinteressen

haben ein Recht darauf, diesen so wichtigen berufspolitischen Bereich beeinflussen zu können. Dennoch werden wir nicht umhin kommen, für unsere Patienten nützliche, für alle Beteiligten tragfähige Kompromißlösungen finden zu müssen. Eigentlich wäre das gar nicht so schwer, aber es kommt eben auf den Standpunkt an. Je nachdem, von welcher Seite man sich diesem Thema nähert, stellt man fest, daß die jeweiligen Positionen mit erheblichen Vorurteilen und Dogmen bereits längst besetzt sind.

Zum Beispiel: Die niedergelassenen Ärzte sehen im Krankenhaus eine erhebliche Konkurrenz, sobald die ambulante Versorgung intensiviert werden würde. Hinzu kommt, daß die niedergelassenen Ärzte das wirtschaftliche Risiko selbst tragen müssen, im Krankenhaus versteckt es sich – zumindestens aus ärztlicher Sicht – hinter dem Risiko des Krankenhausträgers.

Von seiten der angestellten Ärzte im Krankenhaus steht die Sorge um gesicherte Arbeitsplätze im Vordergrund. Der Ausbau zusätzlicher Aufgabenbereiche könnte hier sogar stabilisierend wirken. In diesem Sinne wären auch die derzeitigen Pläne der Krankenhausgesellschaft sicher günstig, Krankenhäuser zu Dienstleistungszentren im Gesundheitswesen zu erweitern. Erwähnenswert ist, daß den Krankenhäusern sogar der Bereich der persönlichen Ermächtigung ein

Dorn im Auge ist. Die Gesundheitspolitik der SPD läuft hier parallel mit den Interessen der Krankenhausgesellschaft. Sie wollen eine Öffnung der Krankenhäuser im Sinne einer institutionellen Öffnung forcieren.

Die Krankenkassen wiederum sehen in erster Linie ihre Kostenproblematik – auch verständlich. Sie sind der Meinung, daß durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Strukturen eine Kostenersparnis erreicht werden könnte. Mit verbesserter Kooperation können stationäre Aufenthalte verkürzt werden, Doppeluntersuchungen vermieden werden und Investitionen reduziert werden. Sie kennen alle die Argumente.

Die Vorstellungen der Patienten zu diesem Themenbereich spielen eigentlich kaum eine Rolle in der derzeitigen politischen Diskussion. Dies ist verwunderlich, denn sie sind ja die wirklich Betroffenen. Sie möchten eigentlich nur eine kompetente ärztliche Betreuung in der Praxis des niedergelassenen Arztes, eine möglichst zügige Heilung durch konzentrierte Diagnostik und Therapie und, wenn sie schon ins Krankenhaus gehen müssen, eine hocheffiziente Versorgung mit Umfeldbedingungen, die ihren häuslichen Verhältnissen ähnlich sind.

Zu diesen längst bekannten Positionen, die so zusammengefaßt doch recht konträr erscheinen, möchte ich meinen persönlichen Blickwinkel darlegen, emotionslos und um so pragmatischer. Entgegen allen prinzipiellen Positionen war ich persönlich schon immer der Meinung, daß die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung längst viel weiter gediehen ist, als die Chefideologen dies wahrnehmen wollen.

Es gibt schon viele erfolgreiche Kooperationsmodelle

Wir haben in Bayern eine Umfrage bei allen ärztlichen Kreisverbänden durchgeführt, um bereits etablierte Kooperationsmodelle in Erfahrung zu bringen. Meine Vermutung, daß es viel mehr ambulant-stationäre Kooperationen gibt, als bisher angenommen, hat sich dabei glücklicherweise be-



Oberpfälzische Delegierte

stätigt. Ich darf die einzelnen Modelle kurz erläutern:

Das Paradebeispiel einer erfolgreichen Kooperation ist das Belegarztsystem. Bei uns in Bayern floriert diese Art der Versorgung ausgezeichnet und wird von politischer Seite auch eindeutig unterstützt. An 563 Belegabteilungen in Bayern werden von niedergelassenen Ärzten derzeit Patienten in 10 309 Betten versorgt. Diese stationären Leistungen führen 1408 Ärzte in Bayern durch. Anhand dieser Zahlen sehen Sie schon, welche Bedeutung das Belegarztsystem in Bayern hat.

Wenn der stationäre Bettenabbau entsprechend den Forderungen der Krankenkassen weiter durchgeführt wird, werden besonders in den Organfächern viele Hauptabteilungen in mittleren Regionen nicht mehr wirtschaftlich tragbar sein. Eine regionale stationäre Versorgung kann dann eigentlich in diesen Bereichen nur noch über ein Belegarztsystem aufrecht erhalten werden. Es gibt dabei ein honorarpolitisches Problem, da die belegärztlichen Leistungen aus dem Honorartopf der Vertragsärzte finanziert werden müssen. Es kann natürlich nicht auf Dauer hingenommen werden, daß vollstationäre Abteilungen in Belegabteilungen umgewidmet und die dafür vorgesehenen Finanzmittel nicht entsprechend transferiert werden. Wer das Belegarztsystem fördern will – das tun sowohl die Krankenkassen als auch

die Bayerische Staatsregierung –, der muß sich darum kümmern, daß die finanzielle Ausstattung entsprechend gewährleistet wird.

Reibungsloses Funktionieren

Interessant sind Kombination von Belegabteilungen und Hauptabteilungen in gleichen oder verwandten Bereichen, zum Beispiel Chirurgie und Urologie, Chirurgie und Orthopädie. Aber auch im internistischen Bereich ist mir eine solche Klinikstruktur bekannt. Immerhin konnten wir zehn derartige Modelle in Bayern finden. Diese Konstruktionen sind hervorragend, aber ungewöhnlich. Eine Belegabteilung, integriert in eine Hauptabteilung, ist perfekt durch den Bereitschaftsdienst abgedeckt. Assistenzärzte, die auf der Hauptabteilung Dienst machen, stehen gleichzeitig für die Belegpatienten zur Verfügung. Das ergibt ein reibungsloses Funktionieren eines normalen stationären Ablaufes. Wenn derartige Konstruktionen vorhanden sind, ist auch eine konsiliarärztliche Tätigkeit im gleichen Haus eine Selbstverständlichkeit und kann nur nützlich sein.

Neben der stationären Tätigkeit wird den Belegärzten im Gegensatz zu früheren Jahren auch zunehmend in den Krankenhäusern die Möglichkeit zur ambulanten Operation eingeräumt. Das heißt, der Arzt, der die Strukturen innerhalb eines Kranken-

hauses gut kennt, kann die Infrastruktur des Krankenhauses auch für ambulante Eingriffe nutzen. Eine entsprechende Vergütung muß dem Krankenhausträger dafür selbstverständlich abgeführt werden.

Geeignete Operationsräume können nicht nur im Haus angesiedelten Belegärzten, sondern auch anderen Vertragsärzten zur Verfügung gestellt werden. Auch diese Kooperation hat sich längst bewährt. Aber auch einzelne technische Einrichtungen, wie zum Beispiel Röntgenanlagen, Herzkathetermeßplätze, usw. können gemeinsam genutzt werden. Selbstverständlich müssen dann die Benutzungsgebühren an die Träger der Einrichtungen abgeführt werden.

Damit komme ich zum Bereich der Großgeräte. Wir in Bayern haben das sogenannte „Modell 3“ viele Jahre mit Unterstützung der Staatsregierung forciert: Ein niedergelassener Arzt hat ein Großgerät innerhalb eines Krankenhauses etabliert, finanziert und dann innerhalb dieses Hauses Leistungen für das Krankenhaus erbracht oder ein qualifizierter Krankenhausarzt kann selbst das Gerät mitbenutzen. Dieses „Modell 3“ hat sich in meinen Augen sehr bewährt. Interessanterweise wurde es aber offensichtlich vom Großgeräteausschuß an viel mehr Krankenhäusern genehmigt, als bisher etabliert werden konnten. Wahrscheinlich sind die etablierten 46 zu den genehmigten 94 Standorten nur eine vorübergehende Diskrepanz, da diese genehmigten Geräte noch nicht in Betrieb genommen worden sind. Ich hoffe, daß es so ist. Wahrscheinlich konnte aber auch von einzelnen Krankenhäusern noch kein Kooperationspartner gefunden werden.

Es sieht so aus, daß die Bundesregierung den § 122 SGB V – die Großgeräteverordnung – streichen wird. Präsident Dr. Vilmar hat es gerade bestätigt. Wir müßten uns überlegen, ob anstelle der bisherigen Regelungen irgendein anderes Instrumentarium kommen sollte. Ich persönlich bin der Meinung, wir sollten eine Informationspflicht einführen. Es wäre schon sinnvoll, wenn ein Vertragsarzt erfährt, der gerade ein CT-Gerät errichten möchte, daß das Krankenhaus um die Ecke bereits ein gleiches Großgerät bestellt

hat. Ich halte eine gegenseitige Informationspflicht in diesem Bereich, in dem so große Investitionen getätigt werden, für sehr nützlich. Gegenseitiges technisches Hochrüsten der Vertragsärzte und der Krankenhäuser hat sicher heutzutage keinen Sinn mehr.

Des weiteren habe ich die Praxiskliniken nach § 115 SGB V aufgeführt. Dazu habe ich ein Fragezeichen hinzugefügt, weil es bis heute keine klare Definition gibt, was eine Praxisklinik ist. Es gibt natürlich in Bayern längst vereinzelt Praxiskliniken – ich gehe immer davon aus, daß es sich um eine Praxis mit einem stationären Bereich handelt. Nur wie eine Praxisklinik genau definiert wird, steht weiterhin offen. Diese Installationen der Praxiskliniken funktionieren hervorragend. Ob jetzt die Liegezeit nur auf zwei oder auf vier Tage limitiert wird, wie ursprünglich im Regierungskonzept vorgesehen, ist dann völlig unabhängig.

Notfallambulanzen am Krankenhaus

Ein ganz besonderes Augenmerk richtet die Kassenärztliche Vereinigung zur Zeit auf den Ausbau des vertragsärztlichen Notfalldienstes, da hier zugegebenermaßen Defizite bestehen. Wir sind uns dessen bewußt und wir werden versuchen, gemeinsame Notfalldienste – so sind sie im § 115 SGB V übrigens vorgesehen – zum Beispiel an Krankenhäusern zu etablieren. Wir möchten gerne zunehmend Notfallambulanzen an Krankenhäusern integrieren, um die vorhandene Infrastruktur nutzen zu können. Nicht zuletzt auch, da die Wege der Patienten im Notfall häufig zum Krankenhaus führen.

Es gibt bereits im Bundesgebiet sieben derartige Konzepte von Notfallpraxen an Krankenhäusern, die ausgezeichnet arbeiten. In Würzburg laufen derzeit entsprechende Verhandlungen – ich hoffe, daß wir dieses Jahr noch ein Modell einer Notfallpraxis am Krankenhaus aus der Taufe heben können. Neben der Präsenz der Hausärzte in diesen Ambulanzen muß ein fachärztlicher Hintergrunddienst unbedingt eingerichtet werden, da nur dann stationäre Einweisungen eingespart werden können.

Von seiten der Krankenhausträger besteht großes Interesse an derartigen Strukturen, da alle Notfallambulanzen, übrigens auch die Universitätspolikliniken, absolut defizitär sind, so daß eine wirkliche Bereitschaft besteht, Verhandlungen über Kombinationsmodelle durchzuführen. Der persönliche Kontakt mit den im stationären Bereich tätigen Ärzten kann durch derartige Ambulanzen hervorragend intensiviert werden. Notwendige stationäre Aufnahmen können gemeinsam entschieden werden, und auch unnötige Aufnahmen können gemeinsam verhindert werden.

Zuletzt möchte ich das Instrumentarium der Ermächtigung diskutieren – eine besondere Form der Kooperation zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten. Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat erneut die institutionelle Ermächtigung für erfahrene Krankenhausärzte abgelehnt, eine persönliche Ermächtigung wurde jedoch ausdrücklich befürwortet.

Wir haben in Bayern derzeit 1176 persönlich ermächtigte Ärzte. Und da diese Ermächtigungen bedarfsabhängig erteilt wurden, sehen Sie aus dieser großen Zahl, wie wichtig auch die Krankenhausärzte für unsere ambu-

lante Versorgung sind. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, daß die persönlichen Ermächtigungen nicht nur immer den leitenden Arzt betreffen sollten, sondern auch qualifizierte Ärzte des nachgeordneten Dienstes in das Instrumentarium der Ermächtigung eingebunden werden sollten.

Appell

Ich habe mich bemüht, anhand aktueller Zahlen, aber auch grundsätzlich den derzeitigen Stand von kooperativen Möglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bei uns in Bayern aufzuzeigen. Die auch für mich überraschend große Zahl längst etablierter Strukturen sollten uns überzeugen, auf diesem Weg fortzuschreiten. Wenn auch bei derartigen Konzepten viele Dinge bedacht werden müssen, so ist für mich eine generelle Blockadehaltung – egal, von welcher Seite sie auch immer kommen mag – keinesfalls weiter akzeptierbar. Also, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, gehen Sie aufeinander zu, überwinden Sie die Barrieren! Möglichkeiten einer sinnvollen Kooperation sind in großer Zahl gegeben! Wir müssen sie nur nutzen. □



Die Ausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen sind offenbar nicht zu bremsen. Für das erste Halbjahr 1996 wiesen die Kassen ein Defizit von rund 7,3 Milliarden DM aus, davon betrafen das frühere Bundesgebiet 5,7 Milliarden DM und die neuen Länder 1,6 Milliarden DM.

Weitere Tagesordnungspunkte

Hinweis zu TOP 2 und TOP 4: Sämtliche vom 49. Bayerischen Ärztetag beschlossenen Änderungen von Satzungsrecht bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Sie werden danach im Bayerischen Ärzteblatt im Wortlaut und mit dem Datum des Inkrafttretens veröffentlicht.

TOP 2: Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1.1.1994, zuletzt geändert 15.10.1995

Ergänzung der §§ 33 Abs. 4 Nr. 2 und 36 bzgl. Querverweis auf 34a

Hierdurch ist der Hinweis „Belegarzt“ sowie der Hinweis „Ambulantes Operieren“ bzw. „Ambulante Operationen“ ab 1. Januar 1997 nunmehr auch in genehmigten Verzeichnissen, auf dem Briefbogen u.ä. erlaubt.

TOP 3: Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

3.1 Rechnungsabschluß 1995

Der 49. Bayerische Ärztetag billigte den Rechnungsabschluß 1995 einstimmig.

3.2 Entlastung des Vorstandes 1995

Der 49. Bayerische Ärztetag entlastete den Vorstand mit einigen Enthaltungen.

3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1996

Der 49. Bayerische Ärztetag stimmte der Beauftragung von Herrn Dipl.-Kfm. Heinkelmann, Treuhand AG für Handel und Industrie, Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft, München, auch für das Jahr 1996 einstimmig zu.

3.4 Änderung der Reisekostenordnung

Der 49. Bayerische Ärztetag stimmte dem vom Vorstand vorgelegten Änderungsvorschlag der Reisekostenordnung mit mehreren Gegenstimmen und einigen Enthaltungen zu.

3.5 Haushaltsplan 1997

Der Haushaltsplan 1997 und der Investitionshaushalt 1997 wurden vom 49. Bayerischen Ärztetag einstimmig angenommen.

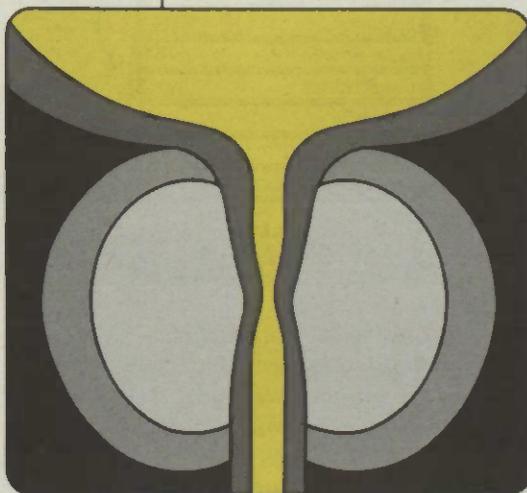
TOP 4: Änderung der Weiterbildungs- ordnung für die Ärzte Bayerns vom 1.10.1993, zuletzt geändert 9.10.1994 (Inkrafttreten 1.1.1997)

4.1 Änderung § 22 Abs. 5

In § 22 Abs. 5 Satz 2 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns in der Neufassung vom 1. Oktober 1993 werden die Worte „unter Verzicht auf die Bezeichnung“ gestrichen und durch

PROSTAMED®

**Prostatasyndrom mit Harnverhaltung,
Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase,
auch bei Frauen**



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.
Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.
Dosierung: 3x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsformen und Preise: Prostamed-Tabletten:
60 St. (N1) DM 9,38; 120 St. (N2) DM 16,34;
200 St. (N3) DM 24,32; 360 St. DM 38,73.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
77732 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

„unter Verzicht auf das Führen der Bezeichnung“ ersetzt.

4.2 Einfügung eines Abs. 8 a in § 22 (Übergangsbestimmung Nervenheilkunde)

Es wird als § 22 (8a) neu eingefügt:

(8a) ¹⁾ Nervenärzte, die die Anerkennung im Gebiet Nervenheilkunde nach einer früheren Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns, spätestens jedoch auf der Grundlage der Fassung vom 1. Januar 1978, zuletzt geändert am 7. Oktober 1984 mit Inkrafttreten am 1. Januar 1985, erhalten haben und für die Anerkennung im Gebiet Nervenheilkunde sämtliche eingehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben und nachgewiesen haben, wie sie für die einzelnen Gebiete Neurologie und Psychiatrie gefordert waren, können auf Antrag die Anerkennung als „Facharzt für Neurologie“ und als „Facharzt für Psychiatrie“ erhalten, wenn sie auf das Führen der ursprünglichen Bezeichnung verzichten.

²⁾ Antragsteller, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen, können auf Antrag statt der Anerkennung als „Facharzt für Psychiatrie“ die Anerkennung als „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ erhalten, wenn sie bei Antragstellung berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zu führen.

4.3 Einführung 4.B.1 Fakultative Weiterbildung in der Speziellen Ophthalmologischen Chirurgie

Dieser Tagesordnungspunkt wurde abgesetzt (s. Bericht von Vizepräsident Dr. Koch, Seite 508 ff.).

4.4 Ergänzung Bereich 22. Umweltmedizin (gleichwertiger Weiterbildungsgang mit Prüfung)

Die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns in der Neufassung vom 1. Oktober 1993 wird im Abschnitt II, Nr. 22 „Umweltmedizin“ unter der Überschrift „Weiterbildungszeit“ durch folgenden letzten Satz ergänzt:

Die Voraussetzung nach Nr. 2 gilt auch als erfüllt, wenn Ärzte eine gleichwertige Tätigkeit in der Umweltmedizin nachweisen, wobei der Erwerb eines

gleichwertigen Weiterbildungsstandes in einer Prüfung nachgewiesen werden muß.

TOP 5: Redaktionelle Anpassung von Satzungsregelungen an das Heilberufe-Kammergesetz

5.1 Anpassung der Satzung

5.2 Anpassung der Geschäftsordnung

5.3 Anpassung der Beitragsordnung

5.4.1 Anpassung der Meldeordnung

Der 49. Bayerische Ärztetag 1996 ermächtigte den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, redaktionelle Änderungen hinsichtlich der Verweisungsvorschriften des Heilberufe-Kammergesetzes in der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 8. Oktober 1978, zuletzt geändert am 15. Oktober 1995, in der Geschäftsordnung für die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer (Bayerischer Ärztetag) in der Fassung vom 13. November 1971, in der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer in der Fassung vom 9. Oktober 1993 und in der Meldeordnung der Bayerischen Landesärztekammer in der Fassung vom 10. Oktober 1993 vorzunehmen.

5.4.2 Redaktionelle Änderung des § 1 Abs. 2 Satz 2 der Meldeordnung

§ 1 Abs. 2 Satz 2 der Meldeordnung der Bayerischen Landesärztekammer in der Fassung vom 1. Oktober 1993 wird wie folgt geändert:

Die Worte „in Bayern“ werden ersatzlos gestrichen.

TOP 7: Besetzung des Landesberufengerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der Berufengerichte für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten München und Nürnberg

Der 49. Bayerische Ärztetag 1996 beschloß, 32 namentlich aufgeführte Kolleginnen und Kollegen als ehrenamtliche Richter dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz für die Amtsperiode 1. September 1997 bis 31. August 2002 vorzuschlagen.

TOP 8: Wahl der Abgeordneten und Ersatzabgeordneten zum 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach

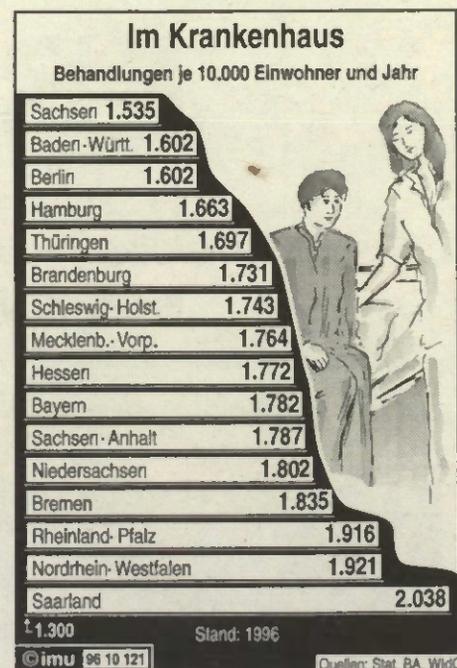
Der 49. Bayerische Ärztetag benannte die Abgeordneten zum 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach.

TOP 9: Bekanntgabe des Termins für den 50. Bayerischen Ärztetag 1997 in München

Die Vollversammlung beschloß, den 50. Bayerischen Ärztetag vom 10. bis 12. Oktober 1997 in München durchzuführen.

TOP 10: Wahl des Tagungsortes des 51. Bayerischen Ärztetages 1998

Die Vollversammlung beschloß, den 51. Bayerischen Ärztetag 1998 – voraussichtlich vom 9. bis 11. Oktober – in Bayreuth durchzuführen. □



Erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern

Im Bundesdurchschnitt kamen 1993 (letztverfügbarer Stand) auf 10 000 Einwohner Deutschlands 1771 Krankenhausbehandlungen

Entschliefungen des 49. Bayerischen 4rztetages

Kein konkurrierender Notarztdienst

Bei der Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes m6ge die Staatsregierung dafur Sorge tragen, daB keine konkurrierenden Notarztdienste entstehen.

Bayerisches Rettungsdienstgesetz/ Einsatz Leitender Not4rzte

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, im neuen Bayerischen Rettungsdienstgesetz die Voraussetzungen fufur eine fl4chendeckende Versorgung mit Leitenden Not4rzten (LNA) organisatorisch und vor allem finanziell sicherzustellen.

Bayerisches Rettungsdienstgesetz/ Qualifikation des Personals der Rettungsleitstellen

Bei der Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes m6ge die Bayerische Staatsregierung sicherstellen, daB das Personal der Rettungsleitstelle eine nachprufbare Qualifikation hat. Bei der Qualifikation sind 4rztliche Gesichtspunkte ausreichend zu berucksichtigen.

Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung

Die bayerische 4rzeschaft bekennt gegenuber dem Gesetzgeber und allen gesellschaftspolitisch relevanten Gruppen ihre groBe Sorge uber die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland. Fixe Budgetierung und Rationierung in allen Bereichen birgt die Gefahr der Unterversorgung und muB auf Dauer die uneingeschr4nkte Loyalit4t des Arztes zum hilfeschuchenden Kranken verletzen und damit zum Vertrauensverlust im Arzt-Patienten-Verh4ltnis fuhren. Die Arzt-Patienten-Beziehung ger4t zwangsl4ufig in den Mittelpunkt 6konomischer Uberlegungen. Betriebswirtschaftliches Denken gewinnt an EinfluB bei Entscheidungen uber Diagnosefindung und Therapie.

Integration der ambulanten und station4ren 4rztlichen Versorgung

Die Entwicklung der Medizin und neue Bedingungen der 4rztlichen T4tigkeit in Klinik und Praxis 4ndern zunehmend die Art 4rztlicher Berufsausubung. Der 4rztlichen

Selbstverwaltung stellt sich deshalb die Aufgabe, zur Erfullung der Versorgungsziele im Gesundheitswesen die bestehenden Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen.

In diesem Zusammenhang gewinnen Uberlegungen zur kostengunstigen Nutzung vorhandener Strukturen als auch die Patientensorientiertheit zunehmend an Bedeutung.

Die Delegierten des 49. Bayerischen 4rztetages appellieren deshalb an den Vorstand der Bayerischen Landes4rzttekammer, die vorhandenen Anstrengungen zu verst4rken, um auf dem Gebiet 4rztlicher Notfallversorgung entsprechende Strukturen zu schaffen, wie dies schon ansatzweise geschieht.

Den seit Jahren von hochrangigen Mandatstr4gern und Vorst4nden der 4rztlichen Selbstverwaltung erfolgten Absichtserkl4rungen fufur gemeinsame Einrichtungen von Krankenh4usern und niedergelassenen 4rzten mufur vermehrt Taten folgen.

Dazu mufur von seiten der 4rzeschaft mit Krankenh4ustr4gern und gegebenenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung zentral, aber auch vor Ort, zielstrebig Verhandlungen aufgenommen werden, an geeigneten Krankenh4usern Notfallambulanzen fufur niedergelassene 4rzte zu schaffen.

Solche Einrichtungen dienen der Qualit4tsicherung der gesundheitlichen Versorgung. Hier findet sich ein Ansatz, die Kosten unseres Gesundheitswesens finanzierbar zu halten. Schon die gemeinsame Nutzung der baulichen und apparativen Infrastruktur und der personelle Verbund von Besch4ftigten in Krankenh4usern mit niedergelassenen 4rzten machen die gesundheitliche Notfallversorgung nicht nur effizienter, sondern auch kostengunstiger. Der sogenannte „Trampelpfad“ der Patienten im Bereich der Notfallversorgung ins Krankenhaus ist hierfufur ein sprechendes Argument und kein Gegenargument.

Die fufur die 3. Stufe der Gesundheitsreform vorgesehenen Modellvorhaben fufur neue Organisationsformen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen bieten die gesetzliche Grundlage fufur zeitgem4Be Strukturen.

Bisherige Erfahrungen zeigen, daB derartige Einrichtungen in Form von gemeinsamen Tr4gerschaften oder Kooperationsgemeinschaften von Krankenhausrechtstr4ger und 4rztlichen Vereinen fufur die Gestaltung des Notfalldienstes bereits in einer Reihe von

Kommunen ihre Feuertaufe bestanden haben.

Altersstruktur4nderung – Geriatric-Konzept

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, gemeinsam mit den 4rztlichen K6rperschaften, Bayerischer Landes4rzttekammer und Kassen4rztlicher Vereinigung Bayerns, die Entwicklung eines pr4ventiven, kurativen und rehabilitativen Geriatric-Konzeptes zufugig voranzutreiben.

Es gilt: Rehabilitation vor Pflege und ambulant vor station4r. Neben der Einfufur geriatricer Krankenversorgung durch vernetzte Einzel- wie kooperative Schwerpunktpraxen, teilambulante und klinische Einrichtungen muB vor allem auch die Pflegebereitschaft auf allen Ebenen gef6rdert werden.

Fl4chendeckende onkologische Versorgung

1. Die Bayerische Landes4rzttekammer wird dringend gebeten, sich dafur einzusetzen, daB eine bessere fl4chendeckende ambulante onkologische Versorgung krebskranker Patienten m6glich ist. – Aufgrund der am 1. Juli 1996 in Kraft getretenen Richtlinien zur Planung und Durchfufur ambulanter Zytostasebehandlungen sind derzeit in Bayern nur 39 Zentren/Praxen in der Lage, entsprechende Therapiepl4tze anzubieten.

2. Die Bayerische Landes4rzttekammer wird ferner gebeten, darauf einzuwirken, daB eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen klinischer und ambulanter Versorgung realisiert wird.

Teilzeitarbeit in der Arztpraxis

Der 49. Bayerische 4rztetag unterstufut den Vorschlag des 99. Deutschen 4rztetages und bekr4ftigt, daB die politisch Verantwortlichen die Bedarfsregelungen und Zulassungsregelungen dahingehend modifizieren, die Aufteilung eines Vertragsarztsitzes auf zwei oder mehrere 4rzte zu erm6glichen.

Ziel einer derartigen Regelung ist es, jungen 4rztinnen und 4rzten eine Chance zu geben, auch im ambulanten Sektor t4tig werden zu k6nnen. Gem4B § 95 Abs. 9 SGB V kann der Vertragsarzt einen ganztags besch4ftigten Arzt oder h6chstens zwei halbtags besch4ftigte 4rzte anstellen. Diese Vorschrift l4uft jedoch ins Leere, da nach § 32 b Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsverordnung 4rztinnen und 4rzten die Genehmigung einer solchen



Schwäbische Delegierte

Anstellung zu versagen ist, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. Die derzeitige Regelung führt zu Härtefällen. Es gibt viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die die Zulassung besitzen, die aber sehr gern mit Rücksicht auf Familie und Kinder nur halbtags oder während der Hälfte der Woche einer vertragsärztlichen Tätigkeit nachgehen möchten. Es gibt darüber hinaus Ärztinnen und Ärzte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht voll einsatzfähig sind und nur eine bestimmte eingeschränkte Stundenzahl arbeiten möchten.

Für solche Fälle sollte die flexible Gestaltung des Umfangs einer ärztlichen Tätigkeit in der Vertragsniederlassung ermöglicht werden. Der Gefahr der Ausweitung der Praxistätigkeit könnte mit einer Begrenzung des Umfangs der ärztlichen Leistungen eines solchen Versorgungssitzes begegnet werden.

Einrichtung dezentraler Krebsregister in Bayern

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, mit dem anstehenden Landeskrebsregistergesetz im Auftrag der Ärzte moderne dezentrale Krebsregister zu schaffen, die mit epidemiologischen und klinischen Daten auch die Versorgung unterstützen und jedem niedergelassenen Arzt und jeder Klinik einen Zugang zu den Langzeitergebnissen ihrer Patienten ermöglichen.

Fehlbelegung von Krankenhausbetten

Der 49. Bayerische Ärztetag stellt fest, daß die Statistik zur Pflegepersonalregelung kein

geeignetes Instrument ist, die Fehlbelegung von Klinikbetten zu ermitteln. Jeder einzelne Fall ist ärztlich, sozialmedizinisch und pflegerisch zu bearbeiten.

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert Krankenkassen und Krankenhausträger auf, die PPR-Statistik nicht mehr als Grundlage für die Feststellung von Fehlbelegung heranzuziehen. Die Einstufungskriterien der PPR wurden für einen anderen Zweck entwickelt und beschreiben den Zustand des Klinikpatienten nicht ausreichend im Hinblick auf die Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus.

Deregulierung der Weiterbildungsordnung

Der 49. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, dem Vorstand der Bundesärztekammer einen Vorschlag zur Deregulierung der Weiterbildungsordnung vorzulegen und dem 50. Bayerischen Ärztetag darüber zu berichten.

Dabei soll auch die Notwendigkeit von Fachkunden, insbesondere der Fachkunde „Laboruntersuchungen in Gebieten“, überprüft werden.

Weiterbildung

Der 49. Bayerische Ärztetag beschließt, daß das neue Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin intensiver in der Ärzteschaft verankert wird, mit der Empfehlung an die Bayerische Staatsregierung, bei künftigen Planungen das neue Fachgebiet in Praxis und Klinik zu integrieren.

Qualitätssicherung

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert Bundesregierung und Bayerische Staatsregierung auf, gesetzliche Regelungen zu treffen, damit klinische Obduktionen in vermehrtem Umfang als bisher veranlaßt werden können. Mit dem stetigen Rückgang der Obduktionsfrequenz – weniger als 10 % *aller* Verstorbenen werden obduziert – verlieren die Ärzte ein auch heute unverzichtbares Instrument zur klinischen Qualitätssicherung, die gesetzlich vorgeschrieben ist. Steigende Multimorbidität, die Zunahme chronischer Erkrankungen und das Auftreten neuer Krankheitsbilder erfordern ebenso wie der medizinische Fortschritt die Validierung ärztlichen Handelns in Diagnostik und Therapie. Ohne vermehrte Obduktionen werden auch künftig kaum zuverlässige statistische Aussagen über natürliche oder unnatürliche Todesursachen zu erzielen sein.

Der 49. Bayerische Ärztetag stellt die Grundrechtspositionen der Verstorbenen und ihrer Angehörigen nicht in Frage, er erwartet jedoch Erleichterung bei der Klärung gezielter medizinischer Fragestellungen, soweit diese nur durch Obduktionen beantwortet werden können.

Qualitätssicherung

Der 49. Bayerische Ärztetag appelliert an die verantwortlichen Ärzte in den Krankenhäusern, klinische Obduktionen vermehrt zum Instrument der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns zu machen.

Weniger als 10 % *aller* Verstorbenen werden heute obduziert.

Multimorbidität, Zunahme chronischer Erkrankungen und neue bzw. heute wenig bekannte Krankheitsbilder erfordern eine zuverlässigere Todesursachenfeststellung als bisher, um Konsequenzen für ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie ableiten zu können.

Die klinische Obduktion ist darüber hinaus ein wichtiges Instrument der Fort- und Weiterbildung. Da derzeit die ausdrückliche Zustimmung des Patienten zu Lebzeiten bzw. seiner Angehörigen für eine klinische Obduktion erforderlich ist, kommt dem ärztlichen Gespräch eine wichtige Bedeutung zu.

Weiterbildung, Fortbildung

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, bei Gesprächen mit der Bundesärztekammer und den Fachgesellschaften darauf hinzuwirken, bei der Erstellung medizinischer Standards/Leit-

linien die Beteiligung von Kolleginnen/Kollegen aus ländlichen Gebieten (niedergelassene und am Krankenhaus beschäftigte Ärzte) zu ermöglichen, um damit sicherzustellen, daß Standards/Leitlinien auch flächendeckend realistisch umsetzbar sind.

CD-ROM

Der 49. Bayerische Ärztetag begrüßt die Aktivitäten der Bayerischen Landesärztekammer zum Einsatz neuer Medien. – Zur weiteren Verbreitung interaktiver Medien in den Praxen sollten Promotions-Veranstaltungen in den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden stattfinden.

Sicherstellung einer ausreichenden allgemeinmedizinischen Versorgung

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, zur Sicherstellung einer ausreichenden allgemeinmedizinischen Betreuung die gesetzlichen Voraussetzungen für Rotationsstellen, die der Weiterbildung von angehenden Allgemeinmedizinern vorbehalten bleiben, im Heilberufe-Kammergesetz zu schaffen, sowie die Kassen, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin finanziell zu fördern.

Stärkung des hausärztlichen-allgemeinärztlichen Elementes in der ärztlichen Ausbildung

Der 49. Bayerische Ärztetag begrüßt ebenso wie der Deutsche Ärztetag die Stärkung des hausärztlichen-allgemeinärztlichen Elementes in der ärztlichen Ausbildung, wie sie der Entwurf der Novellierung der Approbationsordnung des Bundesgesundheitsministeriums vorsieht. Er weist allerdings darauf hin, daß es zur Umsetzung dieser höheren Ansprüche an die Lehre im Fach Allgemeinmedizin wesentlich verbesserter Strukturen an den Medizinischen Fakultäten bedarf, sei es durch Schaffung von Lehrstühlen oder durch wesentliche Verbesserung der finanziellen und organisatorischen Situation der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin.

Allgemeinmedizinische Weiterbildung

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert die beiden ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften (BLÄK und KVB) auf, in Zusammenarbeit mit allen ärztlichen Berufsverbänden und mit finanzieller Unterstützung der Kostenträger eine ausreichende Zahl von Weiterbildungsmöglichkeiten in den Kliniken, besonders auch in den allgemein-



Oberfränkische Delegierte

medizinischen und fachärztlichen Praxen, sicherzustellen.

Strukturreform der medizinischen Hochschulen

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat sich in einem Schwerpunktthema mit den medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens befaßt. Der Leitantrag wurde in wesentlichen Punkten von Mitgliedern der Bayerischen Landesärztekammer erarbeitet, von deren Vorstand zustimmend zur Kenntnis genommen und auf dem Deutschen Ärztetag mit großer Mehrheit verabschiedet.

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Landesärztekammer auf, bei der Bayerischen Staatsregierung, den betroffenen Körperschaften und der universitären Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, daß die vorgeschlagenen Maßnahmen bei der jetzt diskutierten Neustrukturierung der Medizinischen Fakultäten berücksichtigt werden.

Medizinische Fakultäten: Praktische Ausbildung

Die Bayerische Staatsregierung sowie die Medizinischen Fakultäten werden aufgefordert, die praktisch medizinische Ausbildung der Medizinstudenten deutlich zu verbessern.

Dieses Ziel kann durch Einbeziehen aller geeigneten außeruniversitären Krankenhäuser und Arztpraxen erweitert werden.

Die Fakultäten behalten hierdurch den Einfluß auf die Qualität der Lehre, die beteiligten Krankenhäuser und Arztpraxen ein Mitspracherecht in den Fakultäten.

Die immer wieder angemahnte praktische Ausbildung der Medizinstudenten kann so wesentlich verbessert werden. Gleichzeitig würde die gewünschte Entlastung der Universitätskliniken tatsächlich erreicht.

Approbationsordnung

Der 49. Bayerische Ärztetag sieht mit großer Sorge die Verzögerung der Verabschiedung einer neuen medizinischen Ausbildungsordnung. Nach vielen Jahren ausführlicher Beratungen aller für die Approbationsordnung zuständiger Gremien in einer Kommission beim Bundesgesundheitsministerium ist im Frühjahr 1996 ein Entwurf für eine neue Ausbildungsordnung vorgelegt worden, die das Medizinstudium grundlegend neu ordnen soll. Darin steht eine stärkere praktische Ausbildung, wie sie von der Ärzteschaft, den Kostenträgern und der Bevölkerung seit Jahren gefordert wird, im Vordergrund neben einer gewünschten Reduzierung der Studentenzahlen.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer hat im April 1996 diese Eckpunkte der neuen Approbationsordnung einhellig begrüßt.

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, die blockierende Haltung der Medizinischen Fakultäten (Beschluß des Medizinischen Fakultätentages in Leipzig 1996) nicht länger zu akzeptieren,

sondern den vorliegenden Entwurf, der mit breitem Konsens auch mit dem Medizinischen Fakultätentag zusammen von Anfang an erarbeitet wurde, möglichst bald zu verabschieden.

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert auch die Bayerische Staatsregierung auf, sich im Bundesrat dafür einzusetzen, daß die neue Approbationsordnung endlich in Kraft treten und umgesetzt werden kann.

Änderung des Bayerischen Hochschullehrergesetzes

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert die Staatsregierung auf, die im Bayerischen Hochschullehrergesetz enthaltene, umfassende Anordnungsbefugnis der Klinikvorstände gegenüber anderen Hochschulprofessoren, die klinisch tätig sind, auf organisatorische Maßnahmen zu beschränken.

Aufgabenstellung der Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer

Der 49. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Tätigkeit der Schlichtungsstelle wie folgt auszuweiten: Im Vorfeld der Begutachtung durch die Haftpflichtversicherung einer als kunstfehlerhaft erachteten Behandlung soll der Patient die Möglichkeit erhalten, im Sinne einer Plausibilitätsprüfung eine fachlich qualifizierte Auskunft zu bekommen, ob die erfahrene Behandlung dem jeweiligen Stand der fachmedizinischen Behandlung entspricht bzw. entsprach.

Arbeitszeitschutzgesetz

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert Bundesregierung und Bayerische Staatsregierung auf, die Umsetzung des Arbeitszeitschutzgesetzes ohne Abstriche in den Krankenhäusern sicherzustellen.

Dabei weist der 49. Bayerische Ärztetag den Verordnungsgeber mit Nachdruck darauf hin, daß eine Qualitätsminderung der Patientenversorgung nur dann verhindert werden kann, wenn die volle Umsetzung des Arbeitszeitschutzgesetzes mit einer adäquaten Stellenmehrung verbunden ist. Die ärztliche Präsenz in den Kernarbeitszeiten darf nicht weiter reduziert werden.

Der Verordnungsgeber muß daher seinen Einfluß auf die Kostenträger geltend machen bzw. er hat sicherzustellen, daß die Krankenhausträger mit den dafür notwendi-



Mittelfränkische Delegierte

gen Mitteln zusätzlich ausgestattet werden und diese Mittel dann gezielt für Stellenmehrung eingesetzt werden. Andernfalls wird dieses Gesetz sein Ziel in jeder Hinsicht verfehlen und die Qualität der Patientenversorgung gefährden.

Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer auf, zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Krankenhausärzten und den zuständigen Staatsministerien einzurichten. In dieser Arbeitsgruppe soll ein Leitfaden erarbeitet werden, der geeignet ist, die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zu gewährleisten und als Richtschnur für Prüfungen der Gewerbeaufsichtsämter zu dienen.

Anwendung des Arbeitszeitgesetzes

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert die Staatsregierung auf, mit Nachdruck dafür zu sorgen, daß die Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern, insbesondere in den Universitätskliniken beachtet werden. Er erwartet, daß alle Möglichkeiten der staatlichen Aufsicht ausgeschöpft werden, um geltendes Recht zu verwirklichen.

Das Arbeitszeitgesetz ist bereits am 1. Juli 1994 in Kraft getreten. Zur Umsetzung der Regelungen zur Ruhezeit hatte der Gesetzgeber den Krankenhausträgern eine Frist von 1 1/2 Jahren eingeräumt. Heute, über 2 Jahre nach Inkrafttreten des Arbeitszeit-

gesetzes verdeutlichen die Ergebnisse der Umfragen der Landesärztekammer wie auch des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, daß in den meisten Krankenhäusern wesentliche Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes immer noch ignoriert werden. Auch für den Freistaat Bayern als Träger der Universitätskliniken scheint das Arbeitszeitgesetz nicht zu existieren. Verstöße gegen die Schutznormen des Arbeitszeitgesetzes schädigen die Gesundheit der in den Krankenhäusern Beschäftigten und gefährden mittelbar die Qualität der Patientenversorgung.

Unterstützung von arbeitslosen Ärzten durch den Hilfsausschuß

Der 49. Bayerische Ärztetag beschließt, daß aus dem Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer auch bedürftige arbeitslose Ärztinnen und Ärzte bei der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen unterstützt werden können.

Keine Ausnahmen von der Berufsordnung für „alternative Mediziner“

Der 49. Bayerische Ärztetag hat mit Befremden zur Kenntnis genommen, welchem Ausmaß an öffentlicher Schmähkritik Mandatsträger der ärztlichen Körperschaften ausgesetzt waren, als sie im Falle der geplanten Eröffnung eines ambulanten „Zentrums für traditionelle chinesische Medizin“ auf die Einhaltung der geltenden berufsrechtlichen Vorschriften, insbesondere die Einhaltung des für alle Ärzte geltenden Werbeverbots, gedrungen haben.

Der 49. Bayerische Ärztetag hat auch kein



Unterfränkische Delegierte

Verständnis dafür, daß die für die Erteilung der Berufserlaubnis zuständigen Behörden dem Umstand, daß die sprachliche Kommunikation zwischen Patient und chinesischem Arzt nur über einen Dolmetscher möglich ist, offenbar keine Bedeutung beimessen. Die bayerische Ärzteschaft geht davon aus, daß die unmittelbare sprachliche Verständigungsmöglichkeit zwischen Arzt und Patient – noch dazu in einem diagnostisch wenig strukturierten Bereich – unabdingbare Voraussetzung für einen rationalen Arzt-Patienten-Kontakt ist.

Schutzbedürftigkeit beim EDV-Transfer von Patientendaten

Der 49. Bayerische Ärztetag begrüßt grundsätzlich die Förderung der Telemedizin durch die Bayerische Staatsregierung. Er fordert die Bayerische Staatsregierung auf, die beiden ärztlichen Körperschaften Bayerns im Rahmen des Projekts „Bayern online“ mit der Erarbeitung der Übertragungs- und Sicherheitsstandards für das medizinische Versorgungsnetz in Bayern zu beauftragen und finanziell zu fördern.

Resolution vom 48. Bayerischen Ärztetag „Ächtung des Arztes Radovan Karadzic durch den Weltärztebund“

Der 49. Bayerische Ärztetag bittet *erneut* den Kollegen und Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, beim Weltärztebund zu intervenieren, daß eine Ächtung von Radovan Karadzic als Arzt (Psychiater und Neurologe) endlich erfolgt. Es wurde im vergangenen Jahr von den bayerischen Ärzten nicht der Antrag gestellt,

Herrn Karadzic vor ein Internationales Kriegsgericht zu stellen, sondern ihn als Kollegen aus dem internationalen Kreis auszuschließen, da es einem Arzt im wahrsten Sinne des Wortes nicht ansteht, für einen Krieg zu hetzen und Menschen fortgesetzt zu fanatisieren.

Keine Reduzierung des Schulsport-Unterrichts

Der 49. Bayerische Ärztetag nimmt mit Sorge zur Kenntnis, daß die Bayerische Staatsregierung auf der Grundlage des sogenannten Kienbaum-Gutachtens eine drastische Reduzierung des Sportunterrichts an den Schulen in Bayern von bislang vier Pflichtsportstunden pro Woche an den allgemeinbildenden Schulen durch Wegfall des sogenannten differenzierten Sportunterrichts auf zwei Wochen „Basissportunterricht“ beabsichtigt. In der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion ist der Wegfall dieser Form echter und wirksamer Primärprävention in Anbetracht des Booms vieler präventiver Angebote mit unbewiesener Wirksamkeit völlig unverständlich. Der Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, die vorgesehene Kürzungsmaßnahme im Hinblick auf die eminente gesundheitspolitische Bedeutung des Schulsports zurückzunehmen.

Substitution mit Dihydrocodein/Codein

Der 49. Bayerische Ärztetag stellt mit Sorge fest, daß die Zahl von Intoxikationen und Todesfällen Drogenkranker, die mittelbar oder unmittelbar auf eine unkritische und

unsachgemäße Substitution mit Dihydrocodein oder Codein zurückzuführen sind, ständig zunimmt.

Der Bayerische Ärztetag begrüßt zwar, wenn eine möglichst große Zahl von Kolleginnen und Kollegen sich dieser besonders behandlungs- und zuzuwendungsbedürftigen Patienten annimmt. Er empfiehlt jedoch dringend, daß diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich in diesem Bereich betätigen, bis zum Vorliegen einer Neufassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung sich an den bislang gültigen gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen und fachlichen Empfehlungen (u. a. Bayerisches Ärzteblatt 8/96) orientieren, um ihre Patienten vor Schaden zu bewahren und sich selbst nicht berufsaufsichtlichen Maßnahmen auszusetzen.

Häufung von Allergien durch gepuderte Latexeinmalhandschuhe

Der Ärzteschaft in Bayern wird empfohlen, den Einsatz von gepuderten Latexeinmalhandschuhen zu beenden, da eine starke Zunahme von Berufserkrankungen durch Allergien gegenüber Latex bei Personen in medizinischen Berufen zu verzeichnen ist.

Verbot von Antibiotika im Tierfutter

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, sich mit allem Nachdruck für ein grundsätzliches europaweites Verbot von Antibiotika als Futtermittel-Zusatz einzusetzen.

Umweltmedizin

Der Gesetzgeber soll dafür Sorge tragen, daß Nichtraucher in der Öffentlichkeit vor dem umweltschädlichen Tabakqualm geschützt werden. In öffentlichen Gebäuden, die allgemein zugänglich sind, sollte Tabakrauchen untersagt werden.

Tabakwerbung sollte verboten werden.

Drogenproblematik

Der 49. Bayerische Ärztetag weist die Kollegen darauf hin:

Die Abgabe von Codein, Flunitrazepam und ähnlichen, als Drogensatzstoffe benutzten Medikamenten auf Privatrezept an Jugendliche, geschieht, um die Kontrollmöglichkeit durch die Kassenärztliche Vereinigung zu umgehen und stellt einen Verstoß gegen § 1 der Berufsordnung dar.

Schulungsprogramme zur Allergie-Prävention

Die chronischen Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis nehmen ständig zu. Heute liegt die Prävalenz allergischer Erkrankungen in Deutschland bei 20 bis 30%.

Der wichtigste Zeitpunkt zur Allergie-Prävention ist das Kindesalter. Hier läßt sich bereits durch Frühdiagnostik, Frühinformation und wissenschaftlich fundierte Schulung eine effektive Prävention durchführen. Dies würde auch zu einer Senkung der überproportional steigenden Kosten in diesem Bereich führen.

Es bestehen wissenschaftlich fundierte Schulungsprogramme für Erkrankungen des atopischen Formenkreises (Asthma, Neurodermitis). Ebenso gibt es bereits qualifizierte Schulungsteams. Es wird angestrebt, daß Asthma- und Neurodermitis-Schulungen analog den Diabetes-Schulungen von den Kassen übernommen werden.

Der 49. Bayerische Ärztetag unterstützt und fordert die Kostenträger auf, diese Bemühungen mit der Ärzteschaft umzusetzen.

Abrechenbarkeit wahlärztlicher Leistungen nach neugefaßter GOÄ

Der 49. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Landesärztekammer auf, die liquidationsberechtigten Krankenhausärzte verstärkt auf die Notwendigkeit nachgewiesener fachlicher Qualifikation als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit delegierbarer wahlärztlicher Leistungen hinzuweisen, um berufsrechtliche Konsequenzen zu vermeiden. Verstöße gegen diese gesetzliche Regelung schädigen zunehmend das Ansehen der Ärzte in der Öffentlichkeit.

Dritte Stufe der Gesundheitsreform

Die bayerische Ärzteschaft sieht mit großer Sorge, daß mit der jetzt vorgelegten Konzeption einer dritten Stufe der Gesundheitsreform der Übergang von der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zur bedarfs- und morbiditätsunabhängigen Begrenzung der Einnahmen vollzogen wird. Zwangsläufige Folge dieser Entwicklung ist die Rationierung der Gesundheitsversorgung. Anstatt jedoch Rationierung als solche kenntlich zu machen, hält der Gesetzgeber nach außen am unbegrenzten Leistungsanspruch der Versicherten fest und fordert die resultierenden Mehrkosten als Haftungs- und Solidarbeiträge der sogenannten Leistungserbringer ein.

Die bayerische Ärzteschaft stellt deshalb insbesondere fest, daß bereits heute der ärztliche Auftrag im Krankenhaus nur noch dadurch erfüllt werden kann, daß Ärzte in großer Zahl unter Mißachtung elementarer persönlicher Bedürfnisse und zunehmend auch unter Hintanstellung arbeitsrechtlicher Schutzvorschriften täglich Mehrleistungen in großem Umfang erbringen.

Die bayerische Ärzteschaft stellt weiter fest, daß die von der Politik initiierten Regreßforderungen der Krankenkassen im Bereich des Arzneimittelbudgets geeignet sind,

die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung binnen Jahresfrist in den Ruin zu führen. Von der Integration der jüngsten Innovationen im Arzneimittelbereich kann dabei ohnehin keine Rede mehr sein.

Die bayerische Ärzteschaft appelliert an die Verantwortlichen in allen Fraktionen, sich diesen Fragen ernsthaft zu stellen und die konzipierte Politik entweder zu ändern oder als das zu bezeichnen, was sie ist: Der Einstieg in die Rationierung der medizinischen Versorgung. □

Kurse zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

Radiologisches Institut, Klinikum Fürth
Professor Wendenburg
Jakob-Henle-Straße 1

90766 Fürth

Telefon (091 89) 817

Klinikum Nürnberg-Nord, Institut für Medizinische Physik
Flurstraße 17

90419 Nürnberg

Telefon (09 11) 398-2669

Klinikum Bamberg, Radiologisches Zentrum
z. H. Frau Lothar
Buger Straße 80

96049 Bamberg

nur schriftliche Anmeldung möglich
(Postkarte genügt)

Universitätsklinik Würzburg, Strahlenschutzstelle
Dr. Lange
Versbacher Straße 5

97078 Würzburg

Telefon (09 31) 201-3846 und 3849

Kurs-Organisation des Institutes für Strahlenschutz des GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, Neuherberg
Postfach 11 29

85758 Oberschleißheim

Telefon (089) 31 87-4040

Akademie für Arbeits- und Umweltmedizin Berlin
Lorenzweg 5

12099 Berlin

Telefon (030) 75 79 53-11 bis 15

Haus der Technik
Hollestraße 1

45127 Essen

Telefon (02 01) 1 80 31

Forschungszentrum Karlsruhe, Fortbildungszentrum für Technik und Umwelt
Postfach 36 40

76021 Karlsruhe

Telefon (072 47) 82 32 51
(Ohne Gewähr auf Vollständigkeit)

Flankierende Hilfen für die Allgemeinmedizin

Kurzbericht über die Sitzung des Vorstandes am 28. September 1996

Der Präsident, Dr. Hans Hege, berichtete dem Vorstand zunächst über ein Gespräch bei Staatsministerin Barbara Stamm, in dem insbesondere die Situation der Allgemeinmedizin erörtert worden sei. Er habe dafür plädiert, daß Ordnungsgeber und Krankenkassen die Ärzteschaft durch flankierende Maßnahmen unterstützen müßten, um ein Aussterben der Allgemeinmedizin zu verhindern. Frau Stamm habe die Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer in dieser Frage zugesagt. Die Befürchtung, daß ein Defizit des Nachwuchses an Allgemeinärzten in nächster Zeit eintrete, werde auch durch statistische Angaben der Bundesärztekammer bestätigt.

Weiter berichtete Dr. Hege, daß die Kammer bei den Leitenden Ärzten in Bayern eine Umfrage zur Arbeitsbelastung im Krankenhaus, insbesondere auch angesichts der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, durchführe. Des weiteren berichtete Dr. Hege aus dem von ihm geleiteten Ausschuß und der Ständigen Konferenz „Berufsordnung“ der Bundesärztekammer über das weitere Procedere bei der Novellierung der Musterberufsordnung. Dabei sei ihm ein besonderes Anliegen, durch mehrere aufeinanderfolgende Diskussionsentwürfe eine intensive Beteiligung der Landesärztekammern sicherzustellen, damit die Novellierung der Musterberufsordnung auf dem 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach mit breitem Konsens erfolgen könne.

Vizepräsident Dr. Hans Hellmut Koch informierte in seinem Bericht über Probleme bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung aufgrund immer weitergehender Differenzierung. Er plädierte für eine Vereinfachung im Sinne einer Deregulierung, wobei auch Möglichkeiten der berufsbegleitenden Qualifikation, wie zum Beispiel ein

Ärztekammer-Diplom, verfolgt werden sollten.

Sodann informierte Dr. Koch über den Stand der voraussichtlich bis April 1997 erfolgten Anbindung der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände an die EDV der Bayerischen Landesärztekammer.

Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann berichtete über den Stand der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, nachdem in Modellkrankenhäusern Probeläufe mit Erhebungsbögen über verschiedene Operationen angelaufen sind, sowie über die Zertifizierung von Krankenhäusern.

Anschließend berichteten die Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksverbände aus ihrer Arbeit. Breiten Raum nahm die Diskussion über das EDV-Konzept „Bayern-Online“ ein. Der Präsident bekräftigte die Bestrebungen von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns, sich an der Schaffung von Sicherheits- und Übertragungsstandards für die im Rahmen der Telemedizin vorgesehenen Datenautobahnen in Bayern zu beteiligen sowie die Authentifizierung der ärzt-

lichen Teilnehmer am Datenverkehr sicherzustellen.

Als nächstes beschäftigte sich der Vorstand mit der Arbeit der ca. 270 in Bayern tätigen Qualitätszirkel; er stimmte den „Grundsätzen der Vorstände von Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns und Bayerischer Landesärztekammer zur Förderung von Qualitätszirkeln“ zu.

Anschließend befaßte sich der Kammervorstand mit der Tagesordnung des 49. Bayerischen Ärztetages in Füssen. Hierzu wurden mehrere Vorstandsresolutionen erarbeitet.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Listen weiterbildungsbefugter Ärzte“ lagen insgesamt 211 Anträge auf Weiterbildungsbefugnis vor. Davon wurden 117 positiv entschieden, 89 Anträgen wurde nur eingeschränkt entsprochen bzw. sie wurden abgelehnt. Ein Antrag wurde zurückgestellt.

Schließlich lagen dem Vorstand zwei Widersprüche gegen Rügen der Ärztlichen Kreisverbände vor. Einer wurde zurückgestellt, einer wurde zurückgewiesen. □

21. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

vom 27. bis 30. November 1996 in Köln

AiP-geeignet

Themen: Fortschritt und Entwicklung in der Medizin (Allergisch bedingte Atemwegs- und Lungenerkrankungen – Das chronisch kranke Kind, Erfahrungen mit der Langzeitbetreuung – Operative Korrektur der Fehlsichtigkeit – Möglichkeiten der Frühdiagnostik und Therapie von Hörstörungen beim Säugling und Kleinkind – Gefährdungen am Arbeitsplatz am Beispiel der Latex-Allergie – Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten – Besondere Therapierichtungen am Beispiel der Onkologie und der banalen Erkrankungen – Aktuelle Arzneitherapie)

Auskunft und Anmeldung: Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, Telefon (0221) 4004-2 22 oder 223, Telefax (0221) 4004-388

Honorar-Flüsse im ersten Quartal

Kurzbericht über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 14. September 1996

Dies war die zweite Vertreterversammlung innerhalb von acht Wochen, dazwischen nur das „Sommerloch“ – ein unzweideutiger Indikator für die schwierige Lage, in der die kassenärztliche Versorgung sich derzeit befindet. Und wiederum wurde diese Vertreterversammlung nicht im Ärztehaus Bayern in der Mühlbauerstraße, sondern im Sitzungssaal eines Münchner Hotels abgehalten. Denn nur hier bestand die Möglichkeit, der großen Zahl von Gästen durch ein entsprechendes Platzangebot zu entsprechen und den zahlreich erschienenen Medienvertretern entsprechende Arbeitsbedingungen zu bieten – auch wenn letztere zum großen Teil nicht bis zuletzt „durchhielten“.

Bereits in seiner Eröffnungsansprache nahm der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. med. Egon H. Mayer, die momentane Situation der Kassenärzte voll ins Visier: Er forderte dazu auf, die aktuellen Probleme der Ärzteschaft im Zusammenhang mit der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Situation in der Bundesrepublik zu sehen und zu bedenken, daß die Öffentlichkeit bei allem Verständnis für die Probleme der Ärzteschaft zunehmend kritisch auf den Honorarstreit reagiere.

Bereits die erste Abstimmung des Tages führte dann zu einer Vorentscheidung darüber, wie dieser Sitzungstag der Vertreterversammlung ablaufen sollte: Vorrang für die Sachprobleme. Mit deutlicher Mehrheit entschieden sich die Delegierten dafür, den Antrag auf Amtsenthebung des Vorstandsvorsitzenden an der in der Tagesordnung vorgesehenen Stelle zu belassen und zuvor die Themen EBM und HVM abzuarbeiten.

EBM-Bilanz – 2. Teil

Wohl selten hat ein einzelnes Abrechnungsquartal so lange die Diskussion bestimmt und die Verwaltung beschäf-

tigt, wie das erste Quartal des Jahres 1996. Beginnend mit ersten Trendmeldungen schon nach einem Monat, fortgesetzt über erste Beschlüsse des Bewertungsausschusses noch im März, Panelauswertungen des ZI und vieler KVen in den Monaten April und Mai, weitergeführt über die Berichterstattung am 20. Juli (hier mit fast noch feuchten Folien), und nun am 14. September zu einem vorläufigen Abschluß gebracht. Selten auch wurde ein Abrechnungsquartal von den KVen in solch intensiver Weise statistisch aufgearbeitet und hinterfragt, wie dieses – beginnend mit der statistischen Analyse der Abrechnungsergebnisse bereits vor sachlich-rechnerischer Richtigstellung (ein absolutes Novum) über die Beurteilung der fachgruppenspezifischen Abrechnungsergebnisse, weiter die Darstellung des individuellen Vorjahresvergleichs bis hin zur Beschreibung von Umsatzveränderungen in kleinen Untergruppen und in Abhängigkeit von der Umsatzhöhe im Vorjahresquartal. Insgesamt war dies ein überdurchschnittlich aufwendiges Vorgehen, dessen Ergebnisse nun am 14. September 1996 zur Beurteilung vorlagen. Folgende Punkte waren dabei aus der Sicht des Vorstandsvorsitzenden hervorzuheben:

Zunächst der Punktwert. Nach Eingang aller Zahlungen der Primärkassen liegt er hier bei 6,7 Pfennig, für die Ersatzkassen errechnen sich 7,6 Pfennig im ersten Quartal. Im Endergebnis steigerte sich das Honorarvolumen der Hausärzte damit um 7,84%, für die Fachärzte beträgt das Minus 1,71% (im Vergleich zu den am 20. Juli noch angenommenen 2,69%).

Offen blieb die Diskussion, ob der EBM zu einer systematischen Verlagerung von Finanzressourcen aus den Ballungszentren hinein in die ländlichen Regionen geführt hat. Während insbesondere aus der Sicht der Bezirksstelle München Stadt und Land darauf hingewiesen wurde, daß sich die Umsätze hier im Vergleich zum Lan-

desdurchschnitt unterdurchschnittlich entwickelt haben, wurde von anderen Diskussionsrednern vermutet, daß hier lediglich ein Sekundäreffekt der Tatsache vorliege, daß im EBM insgesamt eine Besserstellung des hausärztlichen Bereichs bewirkt wurde, während in den Ballungszentren großenteils Facharztpraxen angesiedelt seien.

Mit der Analyse der fachgebietspezifischen Gewinne und Verluste haben sich, so Wittek, die ursprünglichen Berechnungen zum 20. Juli weitgehend bestätigt. Bei den hausärztlichen und fachärztlichen Internisten ergaben sich Modifikationen, die im Vergleich zu den ursprünglichen Annahmen auf eine starke Spreizung zwischen beiden Gruppen hindeuten. Wittek wies in diesem Zusammenhang auf die nochmals verlängerte Entscheidungsfrist für Internisten zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hin und betonte, daß ein erheblicher Anteil der rechnerisch dargestellten Verluste von „fachärztlichen Internisten“ wohl darauf zurückzuführen sei, daß eine Reihe von Praxen die Erklärungsfrist zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung nicht wahrgenommen habe. Ein statistisch aussagefähiger Vergleich der Abrechnungsergebnisse fachärztlicher Internisten vor und nach der EBM-Reform sei durch diese Zuordnungseffekte erheblich erschwert.

Letztlich, so Wittek weiter in seinem Bericht, dürfe jedoch bei der Beurteilung der EBM-Effekte nicht an der globalen Ebene der Fachgruppe halt gemacht werden. Entscheidend sei vielmehr die Analyse der individuellen Abrechnungsergebnisse einzelner Praxen einschließlich des Vorjahresvergleichs. Dies sei ein Bereich, dem in der Vergangenheit traditionell wenig Aufmerksamkeit zuteil wurde. Deutlich wurde dies durch einen Vergleich von zwei grafischen Darstellungen, in denen einerseits die Umsatzveränderungen 94/95 und andererseits 95/96 für

alle bayerischen Kassenärzte dargestellt wurden. In beiden Grafiken ergab sich eine praktisch deckungsgleiche Verteilung von individuellen Umsatz-zuwächsen und Rückgängen.

Mit anderen Worten: Auch vor der EBM-Reform hat es, wenn man zwei Quartalsergebnisse miteinander vergleicht, erhebliche Umschichtungen gegeben, ausgedrückt durch „Gewinner“ und „Verlierer“. Ein ähnliches Ergebnis zeigt auch der Vergleich einzelner Fachgruppen. Aus dieser Analyse wurde sichtbar, daß eben auch der neue EBM nicht dazu geführt hat, daß in einer Arztgruppe alle Praxen Gewinne verbuchen konnten oder alle Praxen Verluste einfahren mußten. Der EBM, so folgerte Wittek, ist *ein*, aber bei weitem nicht der einzige Faktor für das individuelle betriebswirtschaftliche Ergebnis.

Durch Darstellung der Umsatzveränderungen in Abhängigkeit vom Vorjahresumsatz in den einzelnen Fachgebieten wurde diese Art der Präsentation weiter vertieft. Auf diese Weise wurden Aussagen möglich, die über Fachgruppenschneidungen hinausgehen und Umsatzentwicklungen bis in Untergruppen hinein nachvollziehbar machen.

Allerdings habe es neben gewollten Änderungen auch Entwicklungen gegeben, die so nicht vorhersehbar waren – es seien durchaus Fehler gemacht worden. Jedoch seien die Probleme der Ärzte nicht losgelöst von der Gesamtproblematik und den Sparbeschlüssen der Koalition zu bewerten.

In der Diskussion wurde vor Fehlentwicklungen gewarnt, die unser Gesundheitssystem allmählich im Sinne eines sozialistischen Modells verändern könnten. Es war aber auch von Visionen die Rede, nach denen, weil wesentlich kostengünstiger als im Krankenhaus zu erbringen, noch viel mehr hochqualifizierte Medizin ambulant und in vernetzten Praxen angeboten werden müsse. Allerdings müßte dann auch das Honorar diesem Leistungsangebot in der ambulanten Versorgung folgen. Der Leistungskatalog der GKV sei abzuspicken und in Teilbereichen durch ein Kostenerstattungssystem zu ersetzen, wurde weiter in der Diskussion gefordert.

Wie geht es nun weiter mit dem EBM – Wie soll es weitergehen ?

Wittek verwies auf die Prognosen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, denen zufolge die Mengenentwicklung im zweiten Quartal nochmals um ca. drei bis vier Prozentpunkte über der Entwicklung des ersten Quartals liegen soll. Er teilte in diesem Zusammenhang mit, daß die KV Bayerns aufgrund der Erfahrungen des ersten Quartals und aus Kosten-/Nutzen-Überlegungen auf weitere Panelauswertungen für das zweite Quartal verzichtet hat.

Sowohl die Ergebnisse des ersten Quartals als auch die Folgerungen für die zukünftige EBM-Gestaltung wurden in der Vertreterversammlung sehr kontrovers diskutiert. Während die in der KBV geplanten Fallpunktzahlen im EBM teilweise als sachgerechte Lösung angesehen wurden, äußerten andere Delegierte die Sorge, daß hier ein Einstieg in „holländische Verhältnisse“ vollzogen werde. Auch Alternativen zur derzeitigen Honorierung (vor allem die alternative Kosten-erstattung) wurden lebhaft diskutiert.

Härtefälle – individuell oder pauschal?

Glaubt man der Summenstatistik, so hatte, wer in bestimmten Fachgebieten arbeitete, aufgrund des EBM 96 a priori schlechte Karten. Radiologen, Nuklearmediziner, Pathologen gehörten zu den rechnerischen Verlierern. Die Untergruppe der ambulanten Operateure in den einzelnen Fachgruppen reklamierte für sich eine Fortsetzung der bisherigen Förderung, weil ein Punktwert unter 8 Pfennig nicht zu verkraften sei. Ärztliche Psychotherapeuten, endoskopierende Internisten und andere Gruppen, die nach der Statistik ebenfalls betroffen sind, runden das Bild ab. Vor diesem Hintergrund kam es Anfang September doch noch zu einer Bundesempfehlung, in der zur Behebung der EBM-bedingten Benachteiligungen entsprechende pauschale Punktwertanhebungen für die betroffenen Untergruppen oder alternativ hierzu selektive Fördermaßnahmen im Rahmen von Härtefallregelungen für die individuell betroffenen

Praxen dieser Untergruppen vorgesehen werden.

Anhand detaillierter Grafiken über die Umsatzveränderungen in Abhängigkeit vom Ausgangsumsatz beispielsweise der Chirurgen wurde deutlich, welche Folgen eine pauschale Punktwertbegünstigung etwa des ambulanten Operierens hätte: Nicht nur Praxen mit rückläufigen Umsätzen würden zu Lasten aller Vertragsärzte begünstigt, sondern auch Praxen, die im Vergleich zum Vorjahresquartal ohnehin erheblich an Umsatz zulegen konnten – weshalb auch immer. Es bestehe also die Gefahr, daß von einer generellen Stützung am Ende Praxen, die selbst keine Probleme hätten, von solchen gestützt würden, die selbst in erheblichen Schwierigkeiten steckten. Die zu kalkulierenden Kosten der Bundesempfehlung waren bereits im Deutschen Ärzteblatt, Heft 24 vom 14. Juni 1996 publiziert worden: Über alle Leistungsbereiche hinweg ergibt sich ein Punktwertrückgang von ca. 0,3 Pfennig, wenn man die in der Bundesempfehlung genannten Leistungsbereiche pauschal um 2,0 Pfennig pro Punkt anheben würde.

Nach äußerst kontroverser und eingehender Diskussion entschied sich die Vertreterversammlung mehrheitlich dazu, das Problem durch die bestehende individuelle Härtefallregelung im HVM zu lösen und auf eine pauschale Stützung bestimmter Leistungen im Gesamtvertrag zu verzichten.

HVM: Topftrennung und Individualbudgets

Der aus der Vertreterversammlung vom 20. Juli resultierende Arbeitsauftrag war komplex und mußte unter ungünstigen Zeitbedingungen („Sommerloch“) umgesetzt werden. Trotz dieser Handicaps konnte Dr. Manfred Lindner als Vorsitzender der Arbeitsgruppe HVM ein Modell präsentieren, mit dem die Vorgaben der Vertreterversammlung bestmöglich umgesetzt wurden. Kernstücke des neuen HVM sind das Wiederaufleben der Topftrennung Haus-/Facharzt sowie die Schaffung eines praxisindividuellen Budgets auf der Basis des entsprechenden Vorjahresquartals.

Für die Neuauflage der Topftrennung wurde eine Neuberechnung der Honoraranteile für Haus- und Fachärzte angestellt, bei der die EBM-Ergebnisse des ersten Quartals berücksichtigt wurden. Diese wurden im Konsens verabschiedet.

Dem zweiten Kernanliegen der VV – Individualbudgets auf der Basis des Vorjahresquartals – wurde mit folgenden Eckpunkten entsprochen:

– Bezugsgröße für jede Praxis ist ihr eigenes Honorarergebnis im Vorjahresquartal, abzüglich einer Minderung für die neu hinzugekommenen Praxen und die sogenannten „Mehrleistungen“ (Ausgangsgröße 9%).

– Dieses Individualbudget wird zusätzlich um die zurechenbaren EBM-Effekte korrigiert.

– Für die Leistungen innerhalb des so errechneten Individualbudgets wird ein Punktwert von 10,0 Pfennig bezahlt.

– Für die darüber hinaus erbrachten Mehrleistungen steht nur noch ein sehr geringes Honorarvolumen zur Verfügung.

– Für „junge“ Praxen, Gemeinschaftspraxen und andere Sonderfälle bestehen entsprechende Spezialregelungen.

– Arztgruppen, die nur per Auftragsüberweisungen tätig werden, erhalten ein Individualbudget nach obigen Grundsätzen. Für die Mehrleistungen in diesen Fächern wurden günstigere Mindestpunktwerte festgelegt.

– Für CT- und MR-Leistungen wurde eine frequenzorientierte und kostenabhängige Vergütungsform eingeführt.

– Leistungen im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Notfalldienstes, Notarzdienstes und genehmigungspflichtige Psychotherapie werden unabhängig von den festgesetzten Budgets mit 10,0 Pfennig vergütet.

– Für Härtefälle aufgrund dieser Budgetvorgaben besteht die Möglichkeit zur individuellen Sonderregelung auf Antrag.

Auf eine weitergehende Detailbeschreibung kann hier unter Verweis auf Heft 10/96 des Bayerischen Ärzteblattes verzichtet werden. Die betroffenen

Vertragsärzte wurden darüber hinaus bereits in einem Sonderrundschreiben über die neue Regelung informiert.

Eine große Zahl von Detailanträgen zur Modifikation dieser HVM-Lösung aus der Mitte der Vertreterversammlung wurde an die Arbeitsgruppe HVM überwiesen, von den Berechnungsgrundlagen zur Topftrennung Hausarzt/Facharzt bis hin zu Detaillösungen der Budgetfestsetzung in einzelnen Untergruppen.

Nur wenige Delegierte waren, so das Resümee aus der Diskussion, der Überzeugung, daß hier der Stein des Weisen gefunden worden sei. Noch kleiner aber war die Zahl derjenigen, die sich am Ende der gefundenen pragmatischen Lösung nicht anschließen konnten. In Abwandlung des Bonmots von der Stimmung und der Lage ergab sich hier ein Abstimmungsergebnis, das deutlich besser war als die Stimmung. Mit überwältigender Mehrheit stimmte die Vertreterversammlung dem Modell zu, als gangbarem Weg aus einer schwierigen Situation.

Vertrauen für Wittek

Nach einem langen Arbeitstag kam schließlich der Tagesordnungspunkt zur Abstimmung, der von manchem Beobachter, vor allem von den Medien, mit größter Spannung erwartet worden war. Wird es Wittek gelingen, acht Monate nach seiner Wiederwahl unter den Bedingungen der aktuellen Honorarkrise den gegen ihn lautenden Mißtrauensantrag nicht nur satzungsmäßig/rechnerisch, sondern auch politisch zu überstehen? Ohne Aussprache stimmten die Delegierten über den gegen Wittek gestellten Antrag auf Einleitung eines Amtsenthebungsverfahrens ab und wiesen diesen mit 67 gegen 45 Stimmen zurück.

Die Medienvertreter verließen jetzt den Saal, während die Delegierten noch zahlreiche weitere Anträge zu beraten hatten. Da die gefaßten Beschlüsse bereits im Oktoberheft des Bayerischen Ärzteblattes veröffentlicht wurden, kann auf eine nochmalige Darstellung dieses Teils hier verzichtet werden. □

Kurskonzept zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt“

Für die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer zum Erwerb der Qualifikation als „Leitender Notarzt“ veranstalteten Kurse werden keine Gebühren erhoben. Dies ist u. a. dadurch begründet, daß Ernennung, Ausrüstung und Honorierung von Leitenden Notärzten in Bayern noch nicht abschließend geregelt sind.

Termine: Im Jahre 1997 werden für die LNA-Fortbildung zunächst folgende Kurstage für den theoretischen Teil angeboten:

Stufe E/1 am 22. März 1997, Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstr. 16, München

Stufe E/2 am 26. April 1997, Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstr. 16, München

Weiter ist geplant, an den Feuerweherschulen Würzburg, Regensburg und München im Juli und/oder September 1997 LNA-Seminare der Stufe E/3 (Planspiel, Funkübung, Sichtungübung) anzubieten.

Die Anmeldung ist **ausschließlich schriftlich bis spätestens 6 Wochen vor Kursbeginn** – unter Angabe der für Sie zuständigen KV-Bezirksstelle – bitte zu richten an die KVB, Landesgeschäftsstelle – Abteilung Sicherstellung – Herrn Hofmann – Postfach 801129, 81611 München, Telefon (0 89) 41 47-444, Telefax (0 89) 41 47-443.

Voraussetzungen: Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ sowie dreijährige kontinuierliche Teilnahme am Notarzdienst.

Der alte Patient in der Praxis

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) prognostiziert einen etwa 51%igen Anstieg des Ausgabenniveaus der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahr 2000. Davon beruhen 4,1% auf der steigenden Lebenserwartung, 25,5% auf den morbiditätsbedingten Ansprüchen, 7,2% auf der demographisch bedingten Änderung der Altersstruktur und 14,2% auf der Pflegebedürftigkeit.

Kamen vor 100 Jahren auf einen 75jährigen noch 79 Jüngere, so sind es heute nur noch zwölf. Der Anteil der über 60jährigen ist heute bei 21% angelangt, in acht Jahren dürfte er bei 26% und im Jahre 2030 bei 38 bis 44% liegen.

Bereits 1993 entfielen 40% der gesamten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und die Hälfte der Krankenhausausgaben auf die über 60jährigen Bürger, die nur 20% der Bevölkerung ausmachen.

Die Betreuung älterer Menschen in der Praxis muß nach Ansicht von Professor Dr. E. Lang, Erlangen, nach dem Konzept einer „Präklinischen Geriatrie“ erfolgen. In dessen Mittelpunkt steht die Prävention beim alternden Menschen zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine klinisch manifesten Erkrankungen bestehen, aber bereits Risikofaktoren vorliegen. Ziel muß es sein, den Zeitpunkt des Beginns von Erkrankungen in höhere Altersstufen zu verschieben (compression of morbidity).

Eine wichtige Aufgabe kommt dabei dem Hausarzt zu, da er seine Patienten und deren Umfeld über viele Jahre kennt. Als Grundlage für neue Wege in der geriatrischen Betreuung propagiert Lang die Entwicklung eines präventiven, kurativen und rehabilitativen Geriatrie-Konzepts, das den alternden Menschen in seiner biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung begleitet.

Zwischen 40 und 80% der Tätigkeit von Internisten und Allgemeinärzten sind nach Angaben von Professor Dr. R. Heinrich, München, der medizinischen Versorgung von älteren Menschen gewidmet. Den Bedürfnissen der

alten Patienten kann nur durch interprofessionelle Angebote geholfen werden, betont er. Im Vordergrund stehen rehabilitative, psychische und soziale Aufgaben gleichberechtigt neben kurativen. Dem Hausarzt kommt dabei die Rolle des Dirigenten innerhalb eines integrierten und integrierenden Versorgungskonzeptes zu.

„Gn Gos“, „Slw Gos“ und „No Gos“

Eine immer wichtigere Rolle spielt die ambulante geriatrische Rehabilitation für die „Slow Gos“ – nach der amerikanischen Einteilung der Patienten in „Go Gos“, „Slow Gos“ und „No Gos“. Sie bedürfen der verbessernden und erhaltenden Rehabilitation, um in der vertrauten häuslichen Umgebung bleiben zu können. Dies betrifft vor allem folgende Fallgruppen:

- gefäßbedingte Hirnfunktionsstörung (nach Schlaganfall),
- gelenknahe Frakturen sowie Gelenkschäden,
- diabetische Spätschäden,
- neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson,
- verzögerte Rekonvaleszenzen nach Operationen,
- gerontopsychiatrische Erkrankungen.

Die „Alten“ kommen

In der bisher einzigen deutschen Studie über die ambulante medizinische Versorgung hierzulande (EVaS-Studie 1981/82) wurde bereits vor gut zehn Jahren festgestellt, daß die Betagten eine zunehmend wichtigere Versorgungsgruppe innerhalb der ambulanten Versorgung bilden. Kontakte mit über 64jährigen machten damals bereits 30,2% aller Patientenkontakte in der Allgemeinpraxis aus.

Anteile geriatrischer Praxiskontakte von 30% und mehr verzeichnete die Studie beim Augenarzt, Internisten, Urologen und Allgemeinarzt. Mit einem rund 20%igen Anteil folgen Nervenärzte, Orthopäden und HNO-Ärzte. Hautärzte, Chirurgen und Frauenärzte haben mit 4 bis 13% die geringsten relativen Kontaktanteile an älteren Patienten.

Multimorbidität dominiert

Mehr als andere Patientengruppen sind ältere Menschen vor allem von leichten und chronischen Erkrankungen betroffen. Schwindelgefühl (8,5%), Kurzatmigkeit/Atemnot (6,4%) und Angaben zur Medikation sind neben Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Husten und Blutdruckkontrollen die häufigsten Anlässe der über 64jährigen, einen Arzt aufzusuchen. Häufig sind die alten Menschen von einer ganzen Reihe leichter Krankheiten betroffen.

Die wichtigsten akuten Diagnosen der 65- bis 74jährigen Männer sind vorrangig Erkrankungen des Bewegungsapparates, gefolgt von ischämischen Herzerkrankungen und zerebrovaskulären Erkrankungen. Hausärzte haben in diesem Feld der medizinischen Versorgung ein breites Feld von Befindlichkeitsstörungen und degenerativen Erkrankungen abzudecken.

Der Arzneiverordnungsreport 1995 stellt fest: „Die Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahren, die lediglich 21,9% der Gesamtpopulation darstellen, vereinigen 54,3% des gesamten GKV-Fertigarzneimittel-Umsatzes auf sich.“ Im Durchschnitt wird jeder über 60jährige Versicherte mit etwa drei Arzneimitteln dauertherapiert.

Gesundheitskosten sinken im Alter

Die Ausgaben pro Rentner für Krankenhaus und Arzneimittel sind etwa viermal so hoch wie für aktiv Versicherte. Doch wenn man die Faktoren medizinischer Fortschritt, Sterbekosten und Effekt der steigenden Zahl an älteren Menschen getrennt betrachtet, erläutert der Münchner Ökonom Professor Günter Neubauer, Mitglied des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, entsteht ein anderes Bild: Etwa ab dem 65. Lebensjahr sinken nämlich die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf. Das liegt vor allem an den sinkenden Sterbekosten. Die Sterbekosten sind definiert als der Behandlungs- und Versorgungsaufwand in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt des Todes. Je älter der Mensch ist, um so natürlicher – und damit kostengünstiger – ist der Tod. ks

Dr. Fritz Kraefft feierte seinen 90. Geburtstag

Am 30. September 1996 konnte Dr. med. Fritz Kraefft, Mergentheimer Straße 45, 97084 Würzburg, seinen 90. Geburtstag feiern. Der geborene Stettiner studierte in Danzig, Berlin, Wien und Würzburg Medizin, wo er 1932 das Staatsexamen ablegte und promovierte.

Nach dem zweiten Weltkrieg ließ sich Herr Kollege Kraefft in Würzburg als Allgemeinarzt nieder. Seit 1953 wirkte er – zunächst als Prüfarzt – in der ärztlichen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Unterfranken, mit.

15 Jahre lang (von 1960 bis 1975) führte er mit sehr viel Engagement und großem Sachverstand die Bezirksstelle Unterfranken als deren Vorsitzender. Besonderes Augenmerk richtete er auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch eine ausreichende Anzahl von Ärzten, was in der damaligen Zeit mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden war.

Ein wichtiges Anliegen war ihm auch, den ärztlichen Notfalldienst zu modernisieren. Im Oktober 1974 konnte für Aschaffenburg/Miltenberg die erste Rettungsleitstelle in Bayern eingerichtet werden. – Dr. Kraefft war außerdem Vertreter der freien Berufe bei der Stadt Würzburg und Beisitzer des ärztlichen Berufsgerichts.

Für seine Verdienste wurde er mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. Kraefft hat sich durch sein jahrzehntelanges Wirken um das Wohl des ärztlichen Berufsstandes – vor allem der bayerischen und unterfränkischen Ärzteschaft verdient gemacht. Dafür gebührt ihm unser aller Dank.

Wir wünschen ihm für die Zukunft alles erdenklich Gute, Glück und vor allem Gesundheit.

K.Ottmann

Professor Dr. Max Michel Forell 80 Jahre

Professor Dr. med. Max Michel Forell, Böhmerwaldplatz 6, 81679 München, mehr als 20 Jahre Leiter der Gastroenterologischen Abteilung an der Medizinischen Klinik des Klinikums Innenstadt der LMU München und von 1969 bis 1971 kommissarischer Direktor der Klinik, feierte am 27. September 1996 seinen 80. Geburtstag.

Professor Forells klinisches Interesse fokussierte sich auf die Diagnostik und Therapie der chronischen Pankreatitis. Er war einer der ersten Gastroenterologen in Deutschland, der die intra-duodenale Pankreasfunktionsprüfung in die klinische Diagnostik einführte. Der Test, für dessen internationale Standardisierung er sich einsetzte, gilt auch heute noch als Gold-Standard.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. Malte E. Wigand

Professor Dr. med. Malte E. Wigand, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, erhielt in Anerkennung seiner besonderen Verdienste und für seinen Einsatz in der ärztlichen Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer.

Professor Wigand wirkte u. a. bei zahlreichen Veranstaltungen im Rahmen der internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer in Davos und in Badgastein sowie beim jährlichen Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer in Köln mit. Unter seiner Verantwortung fanden 1988 der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde und Halschirurgie sowie der Deutsch-französische HNO-Kongreß im Jahr 1995 in Erlangen statt.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Kurt Scholz, Medizinaldirektor a. D., Gustav-Freytag-Straße 1, 95032 Hof, wurde das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Professor Dr. med. Wolfgang Eisenmenger, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München, Frauenlobstraße 7, 80337 München, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) gewählt.

Privatdozent Dr. med. Helmut Geiger, Klinikum Nürnberg Süd, 4. Medizinische Klinik, Breslauer Straße 201, 90471 Nürnberg, wurde von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie der Nils-Alwall-Preis 1996 verliehen.

Professor Dr. med. Hans-Peter Hartung, Neurologische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 97080 Würzburg, wurde von der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft der Käte-Hammersen-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Dr. phil Johannes Ring, Direktor der Dermatologischen Klinik der TU München, Biedersteiner Straße 29, 80802 München, wurde erneut für drei Jahre zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie gewählt.

Dr. med. Hartmuth Stöckle, Internist, Bahnhofstraße 98 a, 82166 Gräfelfing, wurde von der Tschechischen Ärztevereinigung J. E. Purkinje die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Dr. med. Jürgen Zehner, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik im Klinikum Passau, Bischof-Pilgrim-Straße 1, 94032 Passau, wurde von der Tschechischen Ärztevereinigung J. E. Purkinje die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Ehrendenken der deutschen Ärzteschaft für Franz Binder

Franz Binder, Geschäftsführer der Bezirksstelle Unterfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Hofstraße 5, 97070 Würzburg, ist seit 35 Jahren im öffentlichen Dienst tätig; im Jahre 1975 wechselte er vom AOK-Landesverband Bayern zur Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, seit 1976 ist er als Geschäftsführer der KVB-Bezirksstelle Unterfranken tätig.

Mit großem persönlichen Einsatz widmete er sich dem Ausbau der KVB-Bezirksstelle Unterfranken zu einer modernen und leistungsfähigen Organisation, die die Interessen der Kassen-/Vertragsärzte wirkungsvoll vertritt. Unter seiner Leitung vollzog sich 1989/90 der Aus- und Umbau des Ärztehauses Würzburg. Sein besonderes Augenmerk galt und gilt dem Ausbau der Service-Leistungen und der Schaffung leistungsfähiger Strukturen, die eine effiziente und kostengünstige Aufgabenerfüllung garantieren.

Zu seinen besonderen Verdiensten gehört auch der Aufbau eines flächendeckenden kassenärztlichen Notfalldienstes und Notarztdienstes, der sich in engem Zusammenwirken mit der ärztlichen Selbstverwaltung in Unterfranken vollzog. Er war einer der Mitgestalter des Bayern-Vertrages von 1978 (Ziel: „So viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig!“) und wirkte von Anfang an als ständiges Mitglied im Vertragsausschuß gemäß § 20 der Gesamtverträge mit.

Herr Binder zeichnet sich bei der Wahrnehmung seiner dienstlichen Aufgaben nicht nur durch eine außergewöhnlich hohe Fach- und Sachkompetenz aus, sondern verfügt über ausgezeichnete Führungsqualitäten. Zu seinen persönlichen Merkmalen gehören Offenheit, Ehrlichkeit, ein fast unermüdlicher Tatendrang, die erforderliche Durchsetzungskraft und Beharrlichkeit sowie ein ausgeprägter Realitätssinn.

Herr Binder hat sich um das Wohl des ärztlichen Berufsstandes, vor allem der bayerischen Ärzteschaft, in besonderem Maße verdient gemacht.

in memoriam

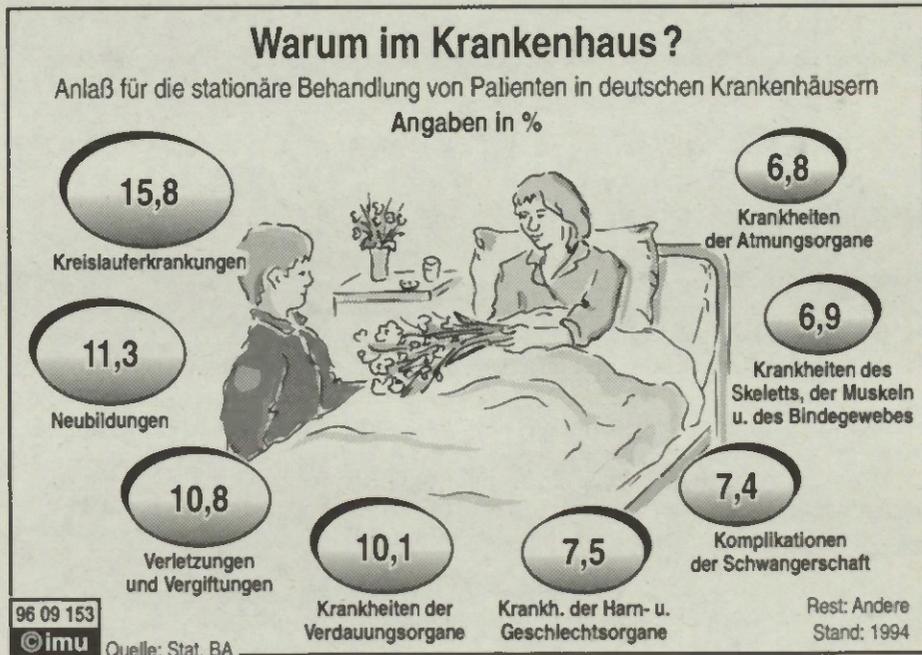
Professor Dr. Johannes A. Köhler †

Im 70. Lebensjahr verstarb Professor Dr. med. Johannes Albrecht Köhler, Internist – Kardiologie, ehemaliger Chefarzt der Medizinischen Klinik II des Klinikums Landshut.

Sein umfangreiches Wirken in der ärztlichen Fortbildung begann 1962 mit Fortbildungskursen in Elektrokardiographie, seit 1972 war er Zweiter Vorsitzender und Fortbildungsbeauftragter des Ärztlichen Kreisverbandes Landshut. Seit dieser Zeit organisierte er auch die ärztliche Fortbildung Niederbayern. Er war langjähriges Mitglied der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung in Bayern.

Dr. Georg Schreiber †

Im 75. Lebensjahr verstarb Dr. med. Georg Schreiber, Medizinjournalist und Arzt in Oberaudorf. Dr. Schreiber war seit 1966 Mitglied des Bundesgesundheitsrates und arbeitete als freier Journalist. Bekannt wurde er vor allem durch seine „Klinik-Talkshow“ für Patienten der Krebsnachsorge-Klinik Bad Trissl/Oberaudorf; es ist ihm dabei gelungen, über tausend Persönlichkeiten aus allen Bereichen der Gesellschaft als Gesprächspartner zu gewinnen. Für die Patienten waren diese Veranstaltungen jedesmal ein besonderes Erlebnis und ein wertvoller Beitrag zu ihrer psychologischen Beeinflussung und Gesundung. Dr. Schreiber hat mit seinem Auftreten das Arztbild in der Öffentlichkeit in hervorragender Weise geprägt.



14,5 Millionen Krankenhaus-Patienten

Rund 14,5 Millionen Patienten wurden 1994 in deutschen Krankenhäusern stationär behandelt. Kreislaufkrankungen waren mit 2,3 Millionen Patienten oder einem Anteil von 15,8 Prozent der häufigste Behandlungsgrund.

Die häufigste Einzeldiagnose bei den acht Millionen Patientinnen war die normale Entbindung mit 506 000 Fällen. Brustkrebs war bei Frauen der zweithäufigste Behandlungsgrund (190 000 Behandlungen).

Männliche Patienten wurden allein in 295 000 Fällen wegen ischämischer Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt) medizinisch versorgt.

Zu besetzende Vertragsarztsitze in Bayern

A. In gesperrten Planungsbereichen (gemäß § 103 Abs. 4 SGB V zur Praxisübernahme ausgeschrieben)

Wichtige Hinweise:

1. Der Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz sind beizufügen:

- ein Zulassungsantrag

mit folgenden, in § 18 Ärzte-ZV genannten, Unterlagen:

- ein Auszug aus dem Arztregister,
- Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,
- eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang (§ 17 Ärzte-ZV),
- ein Lebenslauf,
- ein polizeiliches Führungszeugnis
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
- eine Erklärung über den Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- eine Erklärung des Arztes, ob er rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und daß gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Anstelle von Urkunden können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

2. Die Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz ist auch dann erforderlich, wenn bereits eine Eintragung in die Warteliste erfolgt ist.

KVB-Bezirksstelle Oberbayern

Planungsbereich Erding, Landkreis

1 Augenarzt
Praxisfortführung zum 1. Quartal 1997
Ende der Bewerbungsfrist 20.11.1996

Planungsbereich Fürstfeldbruck, Landkreis

1 Kinderarzt
Praxisfortführung zum 1. Quartal 1997
Ende der Bewerbungsfrist 30.11.1996

Bewerbungen einschließlich der notwendigen Unterlagen (siehe „wichtige Hinweise“) bitten wir an die KVB-Bezirksstelle Oberbayern, Elsenheimerstraße 39, 80684 München zu senden.

Ansprechpartnerin ist Frau Ludstock,
Telefon (0 89) 5 70 93-106.

Bezirksstelle Mittelfranken

Planungsbereich Ansbach, Stadt

1 Orthopäde
Praxisfortführung zum 1.1.1997

Planungsbereich Erlangen, Stadt

1 Allgemein-/praktischer Arzt
Praxisfortführung zum 1.1.1997

Planungsbereich Nürnberger Land, Landkreis

1 Allgemein-/praktischer Arzt
Praxisfortführung zum 1.1.1997

Bewerbungen bitten wir bis spätestens 29.11.1996 an die KVB-Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 90402 Nürnberg, zu senden.

Ansprechpartnerin ist Frau Gresens,
Telefon (09 11) 94 96-126.

Bezirksstelle Niederbayern

Planungsbereich Deggendorf, Landkreis

1 Allgemeinarzt (Praxisübernahme)
1 Internist (Praxisübernahme)
1 Internist
Partner für Gemeinschaftspraxis
Praxisbesonderheit: Pneumologie

Planungsbereich Regen, Landkreis

1 Frauenarzt (Praxisübernahme)
1 Kinderarzt (Praxisübernahme)

Planungsbereich Straubing, Stadt

1 Internist (Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Passau, Stadt

1 Nervenarzt (Praxisübernahme)

Planungsbereich Passau, Landkreis

1 Allgemeinarzt – Badearzt (Praxisübernahme)

Planungsbereich Rottal-Inn, Landkreis

1 Allgemeinarzt (Gemeinschaftspraxis)

Bewerbungen einschließlich der notwendigen Unterlagen (siehe „wichtige Hinweise“) bitten wir an die KVB-Bezirksstelle Niederbayern, Lilienstraße 5-9, 94315 Straubing, zu senden.

Ansprechpartner ist Herr Buchschmid,
Telefon (0 94 21) 80 09-54.

B. In offenen Planungsbereichen

Bezirksstelle Oberfranken

Planungsbereich Bayreuth, Landkreis

1 Internist (Praxisübernahme)

Planungsbereich Kronach, Landkreis

1 Internist
(Praxisübernahme – in Kooperation mit einem Allgemein-/praktischen Arzt)

Bewerbungen einschließlich der notwendigen Unterlagen (siehe „wichtige Hinweise“) bitten wir an die KVB-Bezirksstelle Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 95448 Bayreuth, zu senden.

Ansprechpartnerin ist Frau Stütz,
Telefon (09 21) 292-229.

Amtliches

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung und Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen

I.

Mit Wirkung vom 1. Juli 1996 trat die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit vom 31. Juli 1996 – Nr. 117/3803/7/95 – in Kraft.

Sie enthält in der Anlage eine Liste der Ärzte, die zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung und zur Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen nach der Strahlenschutzverordnung ermächtigt sind.

Die amtliche Bekanntmachung wurde am 30. August 1996 im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht.

Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung vom 7. Juni 1995 (StAnz. Nr. 25, S. 6) außer Kraft.

Anmerkung:

Das als Anlage erwähnte Verzeichnis der ermächtigten Ärzte wurde nicht veröffentlicht; es liegt beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit sowie bei den Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbänden vor.

II.

Darüber hinaus sind 63 Ärzte ermächtigt, die aufgrund arbeitsrechtlicher Bestimmungen nur Personen innerhalb ihres Betriebsbereiches untersuchen und überwachen können. Die Namen und Anschriften dieser Ärzte sind dem Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen, Rosenkavalierplatz 2, 81925 München, und dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz, Rosenkavalierplatz 3, 81925 München, mitgeteilt worden.

Praxiswertgutachten

G. Frielingsdorf und Partner

G. Frielingsdorf, Betriebswirt:
Öffentlich bestellter und
vereidigter Sachverständiger
f.d. Bewertung von Arzt-
und Zahnarztpraxen
(bestellt von der IHK zu Köln)

Kaiser-Wilhelm-Ring 38
50672 Köln
Telefon 02 21 / 13 37 13-14
Fax 13 37 34

Kontaktbüros:

Berlin 0 30 / 8 14 15 73
Hamburg 0 40 / 58 37 79
Wiesbaden 06 11 / 52 52 04
München 0 89 / 36 50 25

Leitfaden PRAXISWERT anfordern
Beratung nach Vereinbarung

Praxis-Check-Ups

Zwang zum Sparen

Das zentrale politische und wirtschaftliche Thema der letzten Monate war das mühsame Ringen um das Sparpaket der Bundesregierung. Die Notwendigkeit zu einschneidenden Maßnahmen mag objektiv verständlich sein, subjektiv wird dies von den jeweils Betroffenen aber unterschiedlich empfunden. Dazu kommt, daß die Sachzwänge nicht nur auf der Entwicklung in unserem eigenen Land beruhen: die Vorbereitungen für die Europäische Währungsunion machen sich auch hier deutlich bemerkbar.

Abschied vom Sozialstaat?

Im Verlaufe der letzten Jahrzehnte ist das soziale Netz in Deutschland wesentlich verfeinert und verstärkt worden. Anders wäre die hohe Arbeitslosigkeit oder der Anstieg der Gesundheitskosten für einen Großteil der Bevölkerung kaum verkraftbar. Zugleich aber müssen diese Aufwendungen finanziert werden: entweder durch höhere Beiträge der einzelnen Bürger oder pauschal durch höhere Steuern für alle. In der Praxis wurden beide Methoden kombiniert.

Die negativen Auswirkungen dieser Spirale sind an verschiedenen Orten spürbar. Höhere Sozialversicherungsbeiträge und Steuern verringern das verfügbare Einkommen und dämpfen den Konsumsektor und damit die Wachstumsaussichten der Volkswirtschaft. Der damit quasi-automatische Anstieg der Lohnkosten beeinträchtigt die Attraktivität des Produktionsstandortes Deutschland, zusätzlich zur ebenfalls eingetretenen Erhöhung der Unternehmenssteuern. Produktionsverlagerungen ins Ausland und betriebliche Rationalisierungen erhöhen wiederum die Arbeitslosigkeit.

Es ist ein gordischer Knoten, der nicht einfach gelöst, sondern durchschlagen werden muß. Ohne soziale Opfer wird es kaum abgehen.

Staatshaushalt unter Druck

Das Ziel des Maßnahmenbündels ist klar: der Staatshaushalt muß per Saldo entlastet werden. Weil die Steuereinnahmen sowieso langsamer sprudeln als in den Vorjahren geschätzt wurde, müssen die erhofften und versprochenen Steuersenkungen durch die Einsparungspotentiale noch übertroffen werden. Das ganze System der innerdeutschen und auch grenzüberschreitenden Subventions- und Transferzahlungen muß von Grund auf neu strukturiert werden.

Die Bemühungen um die politische Zustimmung zum Sparpaket, wie immer auch dies in den Einzelheiten aussehen mag, sind aber nicht nur Selbstzweck oder die löbliche Einsicht, daß das „schwedische Modell“ auf Dauer nicht funktionieren kann. Der Zwang zum Sparen hat auch eine ganz fest umrissene terminliche Grenze: anfangs 1998 wird die Europäische Kommission prüfen, welche EU-Länder die beiden kritischen Konvergenzkriterien und damit die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Währungsunion erfüllen.

Heute scheint bereits festzustehen, daß 1997 auch in Deutschland das Haushaltsdefizit mehr als 3 % des Bruttoinlandsprodukts bzw. die gesamte Verschuldung über 60 % dieser Meßgröße betragen wird. Was bedeuten diese Prozentsätze in absoluten Zahlen?

Gemäß unseren Schätzungen wird das Bruttoinlandsprodukt 1997 zu laufenden Preisen etwa 3600 bis 3700 Milliarden DM betragen. Die öffentlichen Schulden werden auf knapp 2300 Milliarden DM steigen. Bei einer angenommenen Durchschnittsverzinsung von 5 % ergibt sich ein jährlicher Zinsaufwand für die Bedienung der Staatsschulden von deutlich über 100 Milliarden DM. Mit anderen Worten: rund 20 % des jährlichen Haushalts werden durch die laufende Verzinsung der

Staatsschulden absorbiert. Und hier ist einer der wichtigsten Gefahrenpunkte erkennbar, der auch bei einem „optimalen“ Sparpaket die möglichen Erfolge wieder zunichte machen könnte.

Der Staatshaushalt ist unter Druck, obwohl das Zinsniveau in Deutschland nahezu auf historischem Rekordtief liegt. Von hier aus kann der Weg tendenziell nur noch aufwärts gehen. Einerseits unter dem Einfluß einer positiveren Entwicklung der Binnenwirtschaft 1997, andererseits durch die Auswirkungen der Europäischen Währungsunion.

Zinsanstieg vorprogrammiert

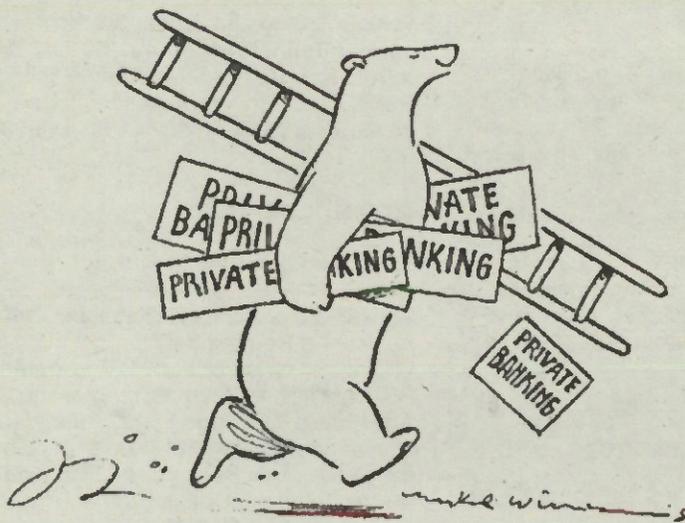
In den letzten Wochen ist offensichtlich geworden, daß auch die Kernländer der Währungsunion, nämlich Deutschland und Frankreich, kaum noch eine reelle Chance haben, die Konvergenzkriterien zu erfüllen. Unter dem politischen Druck wird es dennoch zur termingerechten Einführung des Euro am 1. Januar 1999 kommen.

Das bedeutet im Klartext: die bereits im Maastrichter Vertrag vorgesehene Möglichkeit einer „flexiblen“ Interpretation der Konvergenzkriterien muß in Anspruch genommen werden. Eine Reihe der teilnehmenden Länder wird praktisch automatisch zu Kandidaten für den von Finanzminister Waigel lancierten Stabilitätspakt. Das ist ungefähr so, als ob man Schülern zwar das Reifezeugnis aushändigt, weil sie sich Mühe gegeben haben, aber sie direkt nach dem Abitur wieder in den Nachhilfeunterricht schickt.

Handlungsbedarf für Kapitalanleger

Jeder Zinsanstieg wird aufgrund der sukzessive wachsenden Staatsschulden nicht nur zu einer vermehrten Belastung des Staatshaushalts führen, sondern auch die Rentenmärkte unter Druck setzen. Eine zielgerichtete Anpassung der Laufzeitenstruktur und eventuelle währungsmäßige Diversifikationsschritte sind Anforderungen an jeden Vermögensbesitzer, die konsequent vorzunehmen sind und nicht auf die lange Bank geschoben werden sollten.

Dr. Georg Sellerberg, Bank Julius Bär, Bahnhofstraße 36, CH 8001 Zürich



Neue Schilder reichen nicht.

Ist Ihnen auch schon aufgefallen, wie viele Finanzinstitute neue Dienstleistungen in der Vermögensverwaltung unter der Bezeichnung „Private Banking“ anbieten?

Bei der Bank Julius Bär ist Private Banking nicht erst seit gestern aktuell, sondern schon seit Generationen das Kerngeschäft. Wobei unser Angebot für sich selbst spricht und nicht ständig neuer Hinweise bedarf: Private Banking mit persönlichem Zusehnitt.

Statt Ihnen nur vorgefertigte Investment-Lösungen anzubieten, wird Ihr Portefeuille nach individuellen Gesichtspunkten strukturiert. Ihr Bär-Berater analysiert zuerst Ihre gegenwärtige Situation und sehnürt dann aus den vielfältigen Ressourcen der Julius Bär Gruppe ein kreatives Paket, das zu Ihnen paßt – ein stabiles Fundament für langfristige und steueroptimale Performance.

Internationale Vermögensverwaltung ist unsere Stärke. Persönlichem Service sind wir verpflichtet. Rufen Sie uns einfach an.

Frankfurt:

Klaus-Dieter Holst (069) 75 696-193

Zürich:

Joseph A. Belle (+41-1) 228 55 59

Genf: (Société Bancaire Julius Baer)

Candace Wehbe (+41-22) 317 64 18

JB^{co}B

BANK JULIUS BÄR

The Fine Art of Swiss Private Banking

Gruppen-Präsenz: Zürich Genf London New York Frankfurt Wien Lugano Monaco
Guernsey Montreal Grand Cayman Palm Beach Los Angeles San Francisco Mexiko Hongkong

<http://www.juliusbaer.com>

Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
– Akademie für ärztliche Fortbildung –

Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):
Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlbauerstraße 16, 81677 München,
Telefon (089) 41 47-2 48, Telefax (089) 41 47-2 80

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind durch das Kürzel **AiP** gekennzeichnet.

Da nicht alle als Ausbildungsveranstaltungen anrechenbaren Fortbildungsveranstaltungen hier veröffentlicht werden können, sollten Ärztinnen/Ärzte im Praktikum auch andere regionale und überregionale Fortbildungsankündigungen (z. B. der Ärztlichen Kreisverbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände) beachten.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AiP-Ausweis bestätigt.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden. Die nächsten **Termine: Nürnberg, 5. Dezember 1996, München, 23. April und 17. September 1997 sowie Nürnberg, 4. Dezember 1997.**

Anmeldung schriftlich erforderlich!

Auskunft und Anmeldung: Frau Müller-Petter, Telefon (089) 41 47-2 32

Interdisziplinäre Symposien

16. November 1996 in München AiP

Symposium Perinatologie: Geburtshilfliches Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung **Veranstalter:** 1. Frauenklinik und Kinderpoliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. G. Kindermann, Prof. Dr. D. Reinhardt **Ort:** Chirurgischer Hörsaal der Poliklinik, Pettenkofferstr. 8 a, 80336 München **Zeit:** 9 Uhr c. t. bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. D. Reinhardt, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-36 77/36 78

23. November 1996 in Erlangen AiP

Symposium: „Aktueller Stand der Transplantationsmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg“ **Veranstalter:** Augenklinik, Chirurgische Klinik, Kinderklinik, Medizinische Kliniken III und IV, Neurologische Klinik, Urologische Klinik mit Polikliniken **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen **Zeit:** 8.30 bis 15 Uhr **Auskunft:** Universitätsklinikum Erlangen,

Tel. 091 31/85-9002, Fax 091 31/85-9209 oder Transplantationszentrale am Klinikum Nürnberg Süd, Tel. 09 11/80 30 91, Fax 09 11/89 06 47

23. November 1996 in München AiP

11. Tagung: „Prognostische und therapie-relevante Faktoren beim Mammakarzinom – Ergebnisse einer Konsensuskonferenz“ **Veranstalter:** Münchner Collegium für Therapieforschung e. V. (MCT) **Leitung:** Prof. Dr. Dr. h. c. W. Wilmanns, Prof. Dr. H. Graeff **Ort:** Hörsaal III im Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 17 Uhr **Anmeldung:** Dr. S. Classen, Marchioninistr. 25, 81377 München, Tel. 0 89/70 99-4 10/-417, Fax 0 89/70 99-400

November/Dezember 1996 in Fürth

„Hyperbare Oxygenation“ Neue Therapie-konzepte in der Allgemein- und Gefäßchirurgie unter Einsatz der Hyperbaren Oxygenation (27.11.); Hyperbare Oxygenation bei Tinnitus und sensorineuralem

Hörverlust (11.12.) **Veranstalter:** Euro-med Klinik Fürth **Ort:** Hotel Pyramide, Kongreßzentrum, Europa-Allee 1, 90763 Fürth **Beginn:** 14 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. F.-A. Buchner, Anschrift s. o., Tel. 09 11/97 14-541, Fax 09 11/97 14-542

**29./30. November 1996
in Regensburg**

AiP

7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Datenverarbeitung und Kommunikation **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Dr. S. Mann, Dr. F. v. Bültzingslöwen, Dr. M. Reng **Ort:** Hörsaal der Zahnmedizin, Klinikum der Universität, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 29. November, 12.30 Uhr; Ende: 30. November, 14 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Auskunft:** Kongreßsekretariat der Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-6917, Fax 09 41/9 44-6880

Anästhesiologie

25. November 1996 in Murnau

Anästhesiologisches Kolloquium: „Neuro-monitoring-Neuroprotektion, was ist sinnvoll, was ist gesichert?“ **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau, Abteilung für Anästhesie **Leitung:** Dr. J. Büttner **Ort:** Hörsaal der Klinik, Prof.-Küntscher-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 19 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. J. Büttner, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-2319

Wintersemester 1996/97 in München

„Anästhesiologische Kolloquien“: Partial Liquid Ventilation (26.11); Strategien zur Einschätzung und Reduktion des kardialen Risikos operativer Patienten (3.12.); Additive Sepsistherapie mit Immunglobulinen (10.12.); Glutamin in der parenteralen Ernährung (17.12.) **Veranstalter:** Institut für Anästhesiologie der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. Dr. h. c. K. Peter, Prof. Dr. P. Conzen, PD Dr. U. Kreimeier **Ort:** Hörsaal IV im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 81377 München **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat des Instituts für Anästhesiologie, Frau Grusemann, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-4582, Fax 0 89/70 95-8885

26. November 1996 in Nürnberg

„Zur Pathophysiologie des postspinalen Kopfschmerzes“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. D. Heuser, Dr. P. Zaar **Ort:** Hör-

saal der Frauenklinik, Klinikum Nürnberg Nord, Flurstr. 17, Nürnberg **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Nürnberg Nord, Flurstraße 17, 90419 Nürnberg, Tel. 09 11/3 98-2678, Fax 09 11/3 98-2783

6./7. Dezember 1996 In Erlangen

1. Erlanger Notfallmedizinische Tage (7.12. – AIP): Das schwerverletzte Kind – Herausforderung für Notarzt- und Rettungsdienst; Klinische Kurse (6.12.) **Veranstalter:** Förderkreis zur Fortbildung und Forschung in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Erlangen e. V. und Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Erlangen-Höchstädt **Leitung:** Prof. Dr. J. Schüttler **Ort:** Symposium: Heinrich-Lades-Halle im Kongreßzentrum, Neuer Markt/Rathausplatz, Erlangen; Tutorien: Klinik für Anästhesiologie, Krankenhausstr. 12, Erlangen **Zeit:** 6.12., 17 Uhr s. t. bis 20 Uhr; 7.12., 9 bis 17 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50/25 DM **Anmeldung:** Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Erlangen-Höchstädt, Herr Heideloff, Karl-Zucker-Str. 18, 91052 Erlangen, Tel. 0 91 31/2 12 00 19, Fax 0 91 31/2 00 36

Augenheilkunde

Wintersemester 1996/97 in München

Mittwochskolloquien der Augenklinik: Allgemeine Grundlagen der Perimetrie (27.11.); Gesichtsfeldausfälle bei neurologischen Erkrankungen (11.12.); Diagnostik okulärer Melanome, melanomassoziierte Erkrankungen (18.12.); Grundprinzipien der Versorgung perforierender Bulbusverletzungen (8.1.); Formen des Nystagmus (19.2.); Möglichkeiten der Registrierung von Augenbewegungen (26.2.) **Veranstalter:** Augenklinik und -poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. M. Mertz **Ort:** Bibliothek der Augenklinik, Trogerstr. 32/IV, Stock, München **Beginn:** 16 Uhr c. t. **Auskunft:** Kongreßsekretariat der Augenklinik, Frau Kühnbaum, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-27 96; **Anmeldung nicht erforderlich**

7. Dezember 1996 In München

„Weihnachtssitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft (MOG)“ **Veranstalter:** Augenklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. A. Kampik **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstr. 8, 80336 München **Beginn:** 14.30 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. A. Kampik, Frau Mannl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-3800, Fax 0 89/51 60-5160

Bayerisches Ärzteblatt 11/96

11. Dezember 1996 In Würzburg AIP

Augenärztliche Fortbildung: „Neuroophthalmologie/Strabologie“ **Veranstalter:** Augenklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. F. Grehn **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Kopfklinikum, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg **Zeit:** 17 Uhr c. t. bis ca. 19.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. F. Grehn, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-2402, Fax 09 31/2 01-2245

14. Dezember 1996 in Erlangen

94. Erlanger Augenärztliche Fortbildung: „Glaskörper-Netzhaut-Chirurgie“ **Veranstalter:** Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. G. O. H. Naumann **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:** 9.30 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. J. Jonas, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-4379

Diagnostische Radiologie

27. November 1996 In Pessau AIP

Passauer Radiologischer Abend: „Bildgebende Diagnostik durch Duplex-Sonographie“ **Veranstalter:** Klinikum Passau, Institut für Röntgendiagnostik **Leitung:** Prof. Dr. N. Rupp **Ort:** Universität Passau, Hörsaal 120, Innstr. 31, Passau **Beginn:** 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. N. Rupp, Frau Bernhard, Bischof-Pilgrim-Str. 1, 94032 Passau, Tel. 08 51/53 00-2366, Fax 08 51/53 00-2202

28. November 1996 in Hof AIP

Radiologische Veranstaltungsreihe: „Klinische und radiologische Aspekte“ Gesichtsschädel **Veranstalter:** Radiologisches Institut am Klinikum Hof **Leitung:** Dr. E. Vielhauer **Ort:** Großer Saal im Schwesternhaus, Klinikum Hof, Eppenreuther Str. 9, 95032 Hof **Beginn:** 20 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Dr. E. Vielhauer, Anschrift s. o., Tel. 0 92 81/98-2260 oder 2261

22. Januar 1997 in Augsburg

„Augsburger Repetitorium mammographicum – Aufbaukurs“ **Veranstalter:** Klinik für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie am Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Dr. D. Sültz **Ort:** Klinik für Diagnostische Radiologie, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg **Zeit:** 17 Uhr s. t. bis 21 Uhr **Teilnahmegebühr:** 80/100 DM **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. K. Bohnsdorf, Frau Edtbauer, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-2467

Endokrinologie

23. November 1996 In Nürnberg AIP

Colloquium Osteoporosis: Osteoporose – Pathophysiologie, Differentialdiagnose, Früherkennung, bisherige Therapiemöglichkeiten, Biphosphonate **Veranstalter:** Medizinische Klinik I und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel **Leitung:** Prof. Dr. J. Hensen **Ort:** Holiday Inn Crown Plaza, Nürnberg **Zeit:** 9 bis 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. J. Hensen, Frau Leiser, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel.: 0 91 31/85-9228, Fax 0 91 31/85-3320

23. November 1996 in Rosenheim AIP

3. Rosenheimer Schilddrüsentag: „Interdisziplinäre Fortbildung über aktuelle Diagnostik und Therapie der Schilddrüsentumoren“ **Veranstalter:** Klinikum Rosenheim, Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie und Institut für Nuklearmedizin und Strahlentherapie **Leitung:** Prof. Dr. P. K. Wagner, Dr. W. Flögel **Ort:** Stadthalle Rosenheim, Kufsteiner Str. 4, Rosenheim **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. P. K. Wagner, Pettenkofenstr. 10, 83022 Rosenheim, Tel. 0 80 31/36-3201

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

20. November 1996 in München

Workshop zur fetalen Pulsoximetrie **Veranstalter:** Frauenklinik Dr. Wilhelm Krüsmann **Leitung:** PD Dr. W. Würfel **Ort:** Arabella-Westpark Hotel, München **Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 19 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Frauenklinik Dr. Krüsmann, Frau Reischl, Schmiedewegerl 2-6, 81241 München, Tel. 0 89/8 20 99-199 (nur vormittags), Fax 0 89/8 20 99-460

Kennen Sie den?
Der bairische Notiz-Block



Blutschreib-Zedl®
möchte auch an **Ihr** 

Bitte fordern Sie jetzt
Ihr **Gratis-Muster.**

 **PROPYLÄEN GmbH**
Fax 089-523 61 11
...mehr Heiterkeit ins Büro!

30. November 1996 In Augsburg AIP

2. Samstagseminar: „Das fortgeschrittene gynäkologische Malignom“ **Veranstalter:** Frauenklinik im Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Wischnik, Dr. H. Streng **Ort:** Großer Hörsaal im Zentralklinikum, Stenglinstr., 86156 Augsburg **Zeit:** 9 bis 15 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. A. Wischnik, Frau Molter, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-2330, Fax 08 21/4 00-2248

7. Dezember 1996 In München AIP

„Der chronische Unterbauchschmerz aus psychosomatischer Sicht“ **Veranstalter:** Krankenhaus Dritter Orden, München-Nymphenburg, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung **Leitung:** Dr. F. Graf v. Buquoy **Ort:** Hörsaal des Krankenhauses Dritter Orden, Menzinger Str. 44, 80638 München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 12 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Gynäkologischen Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 89/17 95-1211; Anmeldung nicht erforderlich

Gastroenterologie

26. November 1996 in Regensburg AIP

21. Regensburger Gastroenterologengespräch: „Diagnostik und Therapie des Aszites“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Klinikum der Universität Regensburg und II. Medizinische Klinik des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Holstege, Prof. Dr. K. H. Wiedmann **Ort:** Hörsaal der Krankenpflegeschule, Richard-Pampuri-Haus, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Str. 86, Regensburg **Zeit:** 19.30 Uhr bis 22 Uhr **Anmeldung:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Oberarztsekretariat, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Tel. 09 41/9 44-7014

14. Dezember 1996 in München AIP

Symposium „Interdisziplinäre Gastroenterologie“: MALT-Lymphome im Gastrointestinaltrakt – 4 Jahre neoadjuvante Radiochemotherapie beim Rektumkarzinom – Intraluminales Duodenaldivertikel und endoskopische Therapie – EHEC-Kolitits: Epidemiologie, Diagnostik und Therapie – Portale Hypertension, Shuntchirurgie – Portale Hypertension, konservative Therapie **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Neuperlach, 1. Medizinische Abteilung und 1. Chirurgische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. W. Schmitt, Prof. Dr. B. Günther **Ort:** Hörsaal des Walther-Straub-Institutes, Nußbaumstr. 26 (Eingang Schillerstr.), München **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der 1. Medizini-

schen Abteilung, Krankenhaus Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München, Tel. 0 89/67 94-310

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

16. November 1996 in Regensburg AIP

„Interdisziplinäre Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen – Neue Entwicklungen und Therapiekonzepte – Beiträge aus der Praxis“ **Veranstalter:** Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. J. Strutz **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. J. Strutz, Frau Klimsa, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-9406

November/Dezember 1996 In München

Objektive Audiometrie (BERA) in der Praxis (27.11.) Die Anwendung verschiedener Laser in der Kopf-Hals-Chirurgie (11.12.) **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern **Ort:** HNO-Poliklinik, IK/1. Stock, Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81377 München **Zeit:** 27.11., 15 bis 17 Uhr; 11.12., 14 bis 16 Uhr **Auskunft:** HNO-Klinik, Klinikum Großhadern, Frau Koslik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-3861

7./8. Dezember 1996 in München AIP

47. Tagung: „Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen“ **Veranstalter:** Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft zu München e. V. **Leitung:** Prof. Dr. W. Arnold, Prof. Dr. E. Kastenbauer **Ort:** HNO-Klinik im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, München **Beginn:** 7.12., 9 Uhr s. t. **Auskunft:** HNO-Klinik, Frau Herzog, Marchioninistr. 15, 81377 München, Tel. 0 89/70 95-3867

Handchirurgie

16. November 1996 in Erlangen

1. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie (DAHTH): Sympathische Reflexdystrophie – Beuge-sehnenverletzungen **Veranstalter:** Abteilung für Handchirurgie und Plastische Chirurgie der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. J. Grünert **Ort:** Abteilung für Handchirurgie, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen **Zeit:** 8.30 Uhr s. t. bis 12 Uhr **Anmeldung:** Kongresssekretariat der Chirurgischen Klinik, Frau Scipio, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3558, Fax 0 91 31/85-4675

30. November 1996
In Bad Neustadt/Saale

AIP

Handchirurgischer Samstag: „Alltägliches in der Handchirurgie“ **Veranstalter:** Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt **Leitung:** Prof. Dr. U. Lanz **Ort:** Klinik für Handchirurgie, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. U. Lanz, Anschrift s. o., Tel. 0 97 71/66-2889, Fax 0 97 71/6 59-201

Haut- und Geschlechtskrankheiten

27. November 1996 in Würzburg AIP

14. Dermatologisches Kolloquium: Ulzera – Pathogenese, Diagnose, Therapie **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg **Leitung:** Frau Prof. Dr. E.-B. Bröcker **Ort:** Hautklinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Zeit:** 16 bis 19 Uhr **Auskunft:** Dr. R. Gillitzer, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-2708, Fax 09 31/2 01-2700

Innere Medizin

27. November 1996
in Schwabmünchen

AIP

Lipidtherapie in der Primär- und Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung – was ist gesichert? **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus Schwabmünchen, Innere Abteilung **Leitung:** Dr. P. Schmidt, Dr. W. D. Göhring **Ort:** Städt. Krankenhaus, Weidenhartstr. 35, 86830 Schwabmünchen **Beginn:** 20 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat der Inneren Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 82 32/5 08-531, Fax 0 82 32/5 08-510

30. November 1996 in München AIP

Schwabinger Symposium: „Gastrointestinalum und Therapie des Diabetes mellitus“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Schwabing, III. Medizinische Abteilung in Zusammenarbeit mit der Forschergruppe Diabetes **Leitung:** Prof. Dr. E. Standl, Prof. Dr. H. Mehnert **Ort:** Park Hotel Hilton, Am Tucherpark 7, München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. E. Standl, Kölner Platz 1, 80804 München, Tel. 0 89/30 68-644, Fax 0 89/30 42 61

7. Dezember 1996 in Bernried

„Höhenrieder Ergometrie mit Praktikum“ **Veranstalter:** Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Klinische Abteilung I und II **Leitung:** Dr. J. Gehring,

Dr. K.-A. Bungereth Ort: Vortragssaal und Kreislauflabor der Klinik Höhenried, 82347 Bemried Zeit: 9 bis 18 Uhr; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Dr. J. Gehring, Frau Herbst, Anschrift s. o., Tel. 0 81 58/24-2265

Kardiologie

30. November 1996
in Bad Neustadt/Saale AIP

Symposium: „Die Therapie der koronaren Herzkrankheit, eine Herausforderung an Medizin und Gesellschaft; welchen Stellenwert hat die Änderung des Lebensstils?“ **Veranstalter:** Frankenklinik, Kardiologisches Reha-Zentrum, Bad Neustadt **Leitung:** Dr. W. Mayer-Berger **Ort:** Turnhalle der Frankenklinik, Salzburgerweg 7, 97616 Bad Neustadt/Saale **Zeit:** 8.45 bis 13.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Frankenklinik, Frau Ambros, Anschrift s. o., Tel. 0 97 71/93-4444, Fax 0 97 71/93-4455

Kinderheilkunde

16. November 1996 **entfällt!**
in Gaißach bei Bad Tölz

27. November 1996 in Memmingen AIP

Pädiatrischer Abend „Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen: Bewährte und neue Behandlungsstrategien“ **Veranstalter:** Kinderklinik am Klinikum Memmingen **Leitung:** Prof. Dr. R. Burghard **Ort:** Krankenpflegeschule am Klinikum Memmingen, Bismarckstr. 23, 87700 Memmingen **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. R. Burghard, Anschrift s. o., Tel. 0 83 31/70-2300, Fax 0 83 31/70-2301

Wintersemester 1996/97 in Erlangen

Mittwochskolloquien: Pädiatrische Indikationen zur logopädischen Diagnostik (4.12.); Aktuelles zur arteriellen Hypertonie – Diagnose, Therapie (11.12.); Effektive Qualitätssicherung in der Neonatologie (18.12.); PCR: Technik, diagnostische Wertigkeit (8.1.); Suizid und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter (22.1.); Apoptose (29.1.); Neue Aspekte der Wirkungen von Glukokortikoiden (5.2.); Interdisziplinäre Behandlung von Knochentumoren (12.2.); Primäre und sekundäre Störungen der Zilienfunktion (26.2.) **Veranstalter:** Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg **Ort:** Großer Hörsaal der Kinderklinik, Loschgstraße 15, 91054 Erlangen **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis 16.45 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. Th. Zimmermann, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3118/9; Anmeldung nicht erforderlich

Laboratoriumsmedizin

17. Dezember 1996 in München

139. Kolloquium: Pharmakologie der HMG-CoA Reduktase-Inhibitoren: Klinischer Erfolg und unerwünschte Wirkungen **Veranstalter:** Institut für Klinische Chemie der Universität München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. D. Seidel, PD Dr. J. Thiery **Ort:** Hörsaal V, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat des Institutes, Frau Gebhart, Anschrift s. o., Tel.: 0 89/70 95-3205

Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

18./19. November 1996 in München

Technische Krankenhaushygiene (Fortbildung ist speziell für Ärzte vor und nach der mikrobiologischen Facharztprüfung geeignet und für Mikrobiologen, die im Rahmen ihrer Praxis Krankenhaushygiene anbieten wollen) **Veranstalter:** Arbeitskreis Bayerischer Krankenhaushygieniker im Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (BÄMI) **Leitung:** Dr. H. Blaufuß **Ort:** Konferenzraum im Städt. Krankenhaus Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München **Teilnahmegebühr:** 100/200 DM; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Sekretariat Dr. H. Blaufuß, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-2330

27. November 1996 in Erlangen AIP

Prä- und perinatale Virusinfektionen und Virusimpfungen im Kindesalter **Veranstalter:** Institut für Klinische und Molekulare Virologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. B. Fleckenstein **Ort:** Seminarraum des Institutes, Schloßgarten 4, 91054 Erlangen **Beginn:** 19 Uhr c. t. **Auskunft:** Frau Dr. B. Schmidt, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-2762; Anmeldung nicht erforderlich

28. November 1996 in München

Qualitätsmanagement in und Akkreditierung von mikrobiologischen Laboratorien **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Institut für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Krankenhaushygiene **Leitung:** Dr. H. Blaufuß **Ort:** Konferenzraum (Zi. 905/E) im Städt. Krankenhaus Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Dr. H. Blaufuß, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-2330

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

29./30. November 1996 in München AIP

Symposium: „Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms – eine interdisziplinäre Aufgabe (mit Live-Operationen)“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. Dr. h. c. H.-H. Horch, PD Dr. H.-F. Zeilhofer **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 29.11., 13 Uhr s. t. bis 17.30 Uhr; 30.11., 9 Uhr s. t. bis 18.15 Uhr **Teilnahmegebühr:** 150 DM, AIP kostenfrei **Anmeldung:** Sekretariat, Frau Frimberger, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-2932, Fax 0 89/41 40-2934

Nephrologie

25. November 1996 in München

Nephrologisches Forum München: Regulation und Funktion von NQ-Synthase im glomerulären Mesangium – Dialyse assoziierte Amyloidose **Veranstalter:** Physiologisches Institut München **Leitung:** Prof. Dr. Dr. Schlöndorff **Ort:** Kleiner Hörsaal des Physiologischen Institutes, Peftenkofferstr. 12, 80336 München **Beginn:** 18.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Thureau, Anschrift s. o., Tel. 0 89/59 96-528, Fax 0 89/59 96-532

Neurochirurgie

11. Dezember 1996 in Murnau

„Hirndruckmessung“ **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau **Leitung:** Dr. H.-D. Jakse **Ort:** Vortragssaal der Klinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 19 Uhr **Anmeldung:** Neurochirurgische Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-0

Neurologie

16. November 1996
in Haar bei München AIP

Neurologisches Kolloquium „Epilepsie – aktuelle Aspekte von Diagnostik und Therapie“ **Veranstalter:** Fachbereich Neurologie am Bezirkskrankenhaus Haar **Leitung:** PD Dr. W. Büchele **Ort:** Vortragssaal der Aufnahmeklinik (Haus 12), BKH Haar, Vockestr. 72, 85540 Haar **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 12.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Neurologie, Frau Weng, Anschrift s. o., Tel. 0 89/45 62-3743, Fax 0 89/45 62-3227

Wintersemester 1996/97 in München

„Neuroinfektiologische Kolloquien“: Neuroinfektiologische Falldemonstrationen (19.11.); Einfluß der Stadiendifferenzierung von *Toxoplasma gondii* auf die Pathogenese der Erkrankung (10.12.); Bedeutung von Endothelin bei der HIV-Infektion (21.1.); Neuroinfektiologische Falldemonstrationen (25.2.) **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Konferenzraum II der Neurologie, Direktionstrakt Flur GH, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Beginn:** 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1996/97 in München

„Neurobiologische Kolloquien“: S-100 Protein im Blut und Liquor als Parameter für das Ausmaß einer ZNS-Schädigung (21.11.); Neuroprothesen zur Rehabilitation bei Patienten mit Hemiparese: Einfluß der funktionellen Elektrostimulation auf die zentrale Readaption motorischer Funktionen – Neuroprotektive Wirkung von Adenosin (28.11./Beginn: 17.30 Uhr); The Oxford experience with GDC for embolisation of intracranial aneurysms (5.12.); Neurophysiologische Aspekte der Sprache (12.12.); Anarchy in the central nervous system (19.12.); Apraxie: Zwischen Motorik und Kognition (16.1.); Die Bedeutung der intraoperativen V-Bild-Sonographie in der heutigen Neurochirurgie (23.1.); Einsatz von Endoskopen im endokrinalen Bereich – Konzepte, Erfahrungen und Ergebnisse sowie „Futur-Aspekt“ (6.2.); Darstellung früher neuropathologischer Veränderungen im PET: „Imaging neuropathology in vivo“ (13.2.); Präoperative Sprachaktivierung bei Gliomen: Kombinierte MRT- und PET-Studie (20.2) **Veranstalter:** Neurologische Klinik, Institut für Neuropathologie, Neurochirurgische Klinik und Abteilung für Neuroradiologie der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Hörsaal 1 im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Beginn:** 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1996/97 in München

Seminarreihe „Sinnessysteme und Motorik“: Funktionelle Anatomie des thalamokortikalen vestibulären Systems (26.11.); Pathologie dreidimensionaler Augenbewegungen (7.1.); Transformation von sensorischen in motorische Koordinaten in vestibulären Reflexbögen (28.1.); Pharmakologie des vestibulären Systems (18.2.) **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Konferenzraum II der Neurologie, Direktionstrakt Flur GH, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15,

München **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 19 Uhr; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1996/97 in München

„Epilepsie-Kolloquien“: Der Stellenwert funktioneller Bildgebung (SPECT, PET) in der Epilepsiediagnostik (3.12.); Kleinhirn und Epilepsie (14.1.); Antiepileptic drug development (4. 2.) **Veranstalter:** Neurologische Klinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Neurologisch-Neurochirurgischer Konferenzraum im Direktionstrakt, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Auskunft:** Sekretariat Dr. S. Noachtar, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-2685 und 3691; Anmeldung nicht erforderlich

Neuroorthopädie

30. November 1996
In Schwarzenbruck AIP

Neurologisch-orthopädisch-internistisches Kolloquium – Klinische Fallbesprechungen aus den Gebieten der Neurologie, Orthopädie und der Inneren Medizin **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Abteilung, Internistische Abteilung und Orthopädische Klinik Rummelsberg **Leitung:** Prof. Dr. F. L. Glötzner **Ort:** Vortragsraum des Wichernhauses, Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9.30 bis 12 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Neurologischen Abteilung, Frau Koestler, Anschrift s. o., Tel. 0 91 28/50 34 37

Notfallmedizin

November/Dezember 1996 in München

Intensivkurs „Krisenintervention in der Notfallmedizin“: Refresherkurs (15./16.11.) – Blockkurs (2.-5.12.); Streßbearbeitung für Einsatzkräfte: Grundkurs (6./7.12.); Instruktorlehrgang „Frühdefibrillation“: Kurs für Programmleiter (7./8.12.) **Veranstalter:** Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen e. V. an der LMU München **Ort:** ANR-Geschäftsstelle, Nußbaumstr. 20, 80336 München; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Geschäftsstelle des ANR, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-4950, Fax 0 89/51 60-4952

27. November 1996 in Passau

Notarztfortbildung „Der Einsatz technischer Hilfsmittel zur Bergung von Patienten“ **Veranstalter:** Klinikum Passau, Zentrum für Innere Medizin, Chirurgische Klinik und Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin **Leitung:** Dr. M. Dohrmann, Dr. W. Dom, Dr. M. Haendel, Dr. H.

Nußbaumstr. 20, Passau **Zeit:** 19.30 bis 21 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Fischer, Bischof-Pilgrim-Str. 1, 94032 Passau, Tel. 08 51/53 00-2301; Anmeldung nicht erforderlich

Nuklearmedizin

30. November 1996 in München AIP

1. Schilddrüsen-Workshop: Struma – Differentialdiagnose, Abklärung und Therapie unter praktischen Gesichtspunkten **Veranstalter:** Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. M. Schwaiger, Dr. C. Laubenbacher **Ort:** Hörsaal E im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 12 Uhr; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Frau Sonoda, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-2971, Fax 0 89/41 40-4841

11. Dezember 1996 in München

Münchener Nuklearmedizinisches Kolloquium: STEP und Gated SPECT in der kardiologischen Diagnostik: Sind die Methoden sinnvoll und routinetauglich? **Veranstalter:** Nuklearmedizinische Klinik der LMU München im Klinikum Großhadern in Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizinischen Klinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Ort:** Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, München **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** PD Dr. K. Tatsch, Marchioninstr. 15, 81377 München, Tel. 0 89/70 95-4650, und Frau Prof. Dr. R. Senekowitsch-Schmidtke, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-45 50

Onkologie

23. November 1996 in Regensburg AIP

Aktuelle Onkologie 1996: „Hodentumore und Prostatakarzinom – Standards in Diagnostik, Therapie und Nachsorge“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Abteilung Hämatologie und Internistische Onkologie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. R. Andreesen **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. R. Andreesen, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-7110, Fax 09 41/9 44-7111

30. November 1996 in Erlangen AIP

7. Hämato-Onkologisches Symposium: „Neue Aspekte in der Onkologie“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik III mit Polikli-

nik der Universität Erlangen-Nürnberg
Leitung: Prof. Dr. M. Gramatzki, Dr. A. Sandler
Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Kliniken, Östliche Stadtmauerstraße 11, Erlangen
Zeit: 9 bis 13.30 Uhr
Anmeldung: Sekretariat der Medizinischen Klinik III, Frau Neidel, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3447, Fax 0 91 31/85-47 70

12. Dezember 1996 In Oberaudorf AIP

Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen
Veranstalter: Onkologische Klinik Bad Trissl im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München
Leitung: Prof. Dr. Ch. Clemm, Prof. Dr. H. Ehrhart
Ort: Konferenzraum in der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad Trissl-Str. 73, 83080 Oberaudorf
Beginn: 14 Uhr s. t.
Anmeldung: Sekretariat der Onkologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 80 33/2 02 85; nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

Orthopädie

30. November 1996 In Schönau AIP

1. Königsseer Symposium „Sport und Endoprothetik“
Veranstalter: Orthopädische Klinik Berchtesgaden
Leitung: PD Dr. R. Wetzel
Ort: Orthopädische Klinik Berchtesgaden, Malterhöh 1, 83471 Schönau am Königssee
Zeit: 9 Uhr s. t. bis 12.30 Uhr
Anmeldung: Sekretariat PD Dr. R. Wetzel, Anschrift s. o., Tel. 0 86 52/9 35 52

13./14. Dezember 1996 In München

Kongreß „Schulterinstabilität“
Veranstalter: Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Orthopädische Abteilung
Leitung: Prof. Dr. W. Keyl, Dr. L. Seebauer
Ort: Hotel Sheraton, München
Anmeldung: Congress Organisation Schäfer, Karl-Theodor-Str. 64, 80803 München, Tel. 0 89/3 07 10 11, Fax 0 89/3 07 10 21

Pharmakologie und Toxikologie

November/Dezember 1996 In München

AIP

Klinisch-Pharmakologische Kolloquien: Inhalative Applikation von Arzneistoffen in der Atemwegstherapie (18.11.); Thrombozytenfunktionshemmer – Bewährtes und Neues (2.12.); Neue Entwicklungen in der Neuroleptika-Behandlung (16.12.);
Veranstalter: Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der LMU Mün-

chen
Leitung: PD Dr. K.-G. Eckert, PD Dr. E. Haen
Ort: Hörsaal des Walther-Straub-Institutes, Nußbaumstr. 26 (Eingang Schillerstr.), 80336 München
Beginn: 19 Uhr s. t.;
Auskunft: PD Dr. K.-G. Eckert, PD Dr. E. Haen, Anschrift s. o., Tel. 0 89/5 14 52-1, Fax 0 89/5 14 52-224; Anmeldung nicht erforderlich

Phoniatrie und Pädaudiologie

26. bis 28. Februar 1997 In Erlangen

„9. Erlanger Blockkurs für Phoniatrie und Pädaudiologie“: Sprech-, Sprach- und Redeflußstörungen – Kindliche Hörstörungen – Funktionelle und organische Stimmstörungen (mit praktischen Übungen)
Veranstalter: Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
Leitung: Prof. Dr. Dr. U. Eysholdt
Teilnahmegebühr: 500 DM; praktische Übungen 200 DM; Begrenzte Teilnehmerzahl
Anmeldung (erforderlich): Frau PD Dr. U. Pröschel, Bohlenplatz 21, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3813 oder 85-3146, Fax 0 91 31/85-9272

Plastische Chirurgie

16. November 1996 In Vogtareuth AIP

„Ästhetische und rekonstruktive Mamma-chirurgie“
Veranstalter: Abteilung für Plastische Chirurgie, Behandlungszentrum Vogtareuth
Leitung: Prof. Dr. A.-M. Feller
Ort: Behandlungszentrum, 83569 Vogtareuth
Zeit: 9 Uhr s. t. bis ca. 13 Uhr
Anmeldung: Sekretariat für Plastische Chirurgie, Frau Tölg, Anschrift s. o., Tel. 0 80 38/90 13 58, Fax 0 80 38/90 23 59

11. Dezember 1996 In München AIP

„Schmerzen an der Hand“ – Differentialdiagnose und Untersuchungsverfahren – Neurologisch bedingte Schmerzen – Degenerativ bedingte Schmerzen – Posttraumatische Schmerzen
Veranstalter: Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der TU München im Klinikum rechts der Isar
Leitung: Prof. Dr. E. Biemer
Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München
Zeit: 19 bis 21 Uhr
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. E. Biemer, Frau Maljarik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-2169

Pneumologie

26. November 1996 In Mürrenstadt

„Klinisch-pathologische Konferenz“
Veranstalter: Klinik Michelsberg, Mürrenstadt
Leitung: Dr. M. Jachmann
Ort: Klinik Michelsberg, Michelsberg 1, 97702 Mürrenstadt
Beginn: 17 Uhr
Anmeldung: Sekretariat Dr. M. Jachmann, Anschrift s. o., Tel. 0 97 33/62-210, Fax 0 97 33/62-283

29./30. November 1996 In Bad Reichenhall

5. Arbeitstagung: Patientenverhaltenstraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
Veranstalter: Bad Reichenhaller Forschungsanstalt und Fachklinik Bad Reichenhall
Leitung: Prof. Dr. W. Petro
Ort: Großer Saal im Steigenberger Hotel Axmannstein, Bad Reichenhall
Zeit: 29. 11., 18 bis 22 Uhr; 30. 11., 9 bis 13 Uhr
Anmeldung: PCM, Wormser Str. 81, 55276 Oppenheim, Tel. 0 61 33/20 21 23, Fax 0 61 33/20 24

Lehrgänge zur Einführung in die vertragsärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns führt folgende Einführungslehrgänge durch:

11. Januar 1997 – Ärztehaus Unterfranken

Hofstraße 5, Würzburg (Beginn: 9 Uhr – Ende: ca. 15 Uhr)

15. März 1997 – Ärztehaus Oberbayern

Eisenheimerstraße 39, München (Beginn: 8.45 Uhr – Ende: ca. 15.15 Uhr)

3. Mai 1997 – Ärztehaus Oberpfalz

Yorckstraße 15, Regensburg (Beginn: 9 Uhr – Ende: ca. 15 Uhr)

Schriftliche Anmeldungen an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Landesgeschäftsstelle – Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-445 (Frau Zschischang).

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 50,- DM ist nach Erhalt der schriftlichen Bestätigung mit beiliegendem Überweisungsträger zu entrichten.

28. bis 30. November 1996
In Bad Reichenhall

Train-the-Trainer-Seminar „Strukturiertes Patientenverhaltenstraining bei obstruktiven Atemwegserkrankungen nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga **Veranstalter:** Fachklinik Bad Reichenhall **Leitung:** Dr. H. J. Stark, Dr. K. Schultz, Prof. Dr. W. Petro **Ort:** Zentrum für Patiententraining der Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8 – 11, 83435 Bad Reichenhall **Teilnahmegebühr:** 500 DM **Anmeldung:** Klinik Bad Reichenhall, Frau Mühlbauer, Anschrift s. o., Tel. 0 86 51/7 09-598, Fax 0 86 51/7 09-565

7. Dezember 1996 in München

Seminar „Lungenfunktionsdiagnostik“: Spirometrie, Flußvolumenkurve, Bronchospasmodolyse und Provokation, Bodyplethysmographie, Diffusionskapazität, Blutgasanalyse, Spiroergometrie, klinische Falldemonstrationen **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, 1. Medizinische Abteilung – Kardiologie und Pneumologie **Leitung:** Dr. S. Gallenberger, Dr. J. Benedikter, Dr. R. Hupka **Ort:** Städt. Krankenhaus Bogenhausen, Englschalkingerstr. 77, 81925 München **Zeit:** 9 bis 15 Uhr **Teilnahmegebühr:** 80/40 DM; Begrenzte Teilnehmerzahl; Letzter Anmeldetermin: 2. Dezember **Anmeldung** (nur schriftlich): Dr. S. Gallenberger, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-2238, Fax 0 89/92 70-2253

Psychiatrie und Psychotherapie

30. November 1996 in Lohr/Main AIP

2. Gerontopsychiatrisches Symposium: „Suizidalität im Alter“ **Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Lohr am Main **Leitung:** PD Dr. G. Jungkuntz **Ort:** Festsaal des Bezirkskrankenhauses, Am Sommerberg, 97816 Lohr am Main **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 14 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat PD Dr. G. Jungkuntz, Frau Vogel, Anschrift s. o., Tel. 0 93 52/5 03-200/201, Fax 0 93 52/5 03-469

35. Bayerischer Internistenkongreß

22. bis 24. November 1996
in München

Psychiatrie

30. November 1996 in München AIP

13. Münchener Forum „Psychiatrie für die Praxis“: Psychiatrische Fragestellungen in der Zusammenarbeit von Frauenheilkunde und Psychiatrie **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München und Psychiatrische Klinik und Poliklinik der TU München **Leitung:** Prof. Dr. H.-J. Möller, Prof. Dr. H. Lauter, Prof. Dr. H. Hippus **Ort:** Hörsaal 3 im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung** (erwünscht): PD Dr. Dr. H. P. Kapfhammer, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-3354 oder 5345

Rheumatologie

November/Dezember 1996

Rheumatologische Kolloquien: Primäres und sekundäres Antiphospholipid-Antikörper-Syndrom (28.11.); Molekulare Pathogenese der rheumatoiden Arthritis (12.12.) **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Rheumatologie/Klinische Immunologie im Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. B. Lang **Ort:** Seminarraum der Medizinischen Klinik I, Ebene 3, B 2, Raum 59, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 18 bis 19.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. B. Lang, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-7017

7. Dezember 1996 in München AIP

29. Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme: Vaskulitis“ **Veranstalter:** Arbeitskreis Rheumatologie an der Medizinischen Fakultät der LMU München und Rheumazentrum München **Leitung:** Prof. Dr. M. Schattenkirchner, PD Dr. K. Krüger **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 13.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. M. Schattenkirchner, Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-3579, Fax 0 89/59 24 46

Sonographie

29./30. November 1996 in München

„20. Seminar für Gefäßdoppler-Sonographie“: Ultraschalldiagnostik der hirnversorgenden Gefäße (Doppler-, Farb-/Duplex- und transkraniale Dopplersonographie) **Veranstalter:** Stiftsklinik Augustinum München **Leitung:** Dr. M. Roth **Ort:** Stiftsklinik Augustinum, Wolkerweg 16, 81375 München **Zeit:** 29.11., 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr; 30.11., 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Teilnahmegebühr:** 350 DM; Begrenzte Teilnehmer-

zahl **Anmeldung:** Stiftsklinik Augustinum München, Frau Preeg, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 97-412 (8 bis 13 Uhr)

30. November 1996 in München

Ultraschall-Refresher-Kurs II: „Sonographie der Leber, der Gallenwege und der Milz im Säuglings- und Kindesalter“ **Veranstalter:** Röntgenabteilung der Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** PD Dr. K. Schneider **Ort:** Hörsaal im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München **Zeit:** 9 bis 17.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 200/175 DM **Anmeldung:** Sekretariat PD Dr. K. Schneider, Frau Ernst, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-3161, Fax 0 89/51 60-4408

4. Dezember 1996 in Würzburg

Refresherkurs „Pädiatrischer Ultraschall“ **Veranstalter:** Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg, Kinder-radiologie **Leitung:** Dr. A. E. Horwitz **Ort:** Kinderradiologie der Kinderklinik (Bau 34), Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Beginn:** 16.15 Uhr **Anmeldung:** Dr. A. E. Horwitz, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-3713

23. bis 25. Januar 1997 in Nürnberg

„Doppler- und Duplexsonographie (incl. Farbkodierung) der hirn- und extremitätenversorgenden Gefäße“ – Interdisziplinärer Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinikum Nürnberg, Neurologische Klinik in Zusammenarbeit mit der Radiologischen Klinik und der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin **Leitung:** Dr. G. Berger **Ort:** Abteilung für klinische Neurophysiologie der Neurologischen Klinik, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg **Beginn:** 23.1., 14 Uhr; Ende: 25.1., 14 Uhr; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Sekretariat der Abteilung für klinische Neurophysiologie, Anschrift s. o., Tel. 09 11/3 98-5168

Februar/März 1997 in Bad Kissingen

„Ultraschall Innere Medizin“ – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV: Grundkurs (5.-8.2.); Aufbaukurs (5.-8.3.) **Veranstalter:** Innere Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses Bad Kissingen **Leitung:** Dr. F. Schwanghart **Ort:** St. Elisabeth-Krankenhaus, Kissingener Straße 150, 97688 Bad Kissingen; **Teilnahmegebühr:** 450 DM pro Kurs; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Dr. F. Schwanghart, Frau Heilmann, Anschrift s. o., Tel. 09 71/8 05-340

5. bis 8. Februar 1997 In München

Ultraschall Abdomen und Retroperitoneum – Grundkurs nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Stiftsklinik Augustinum München **Leitung:** Dr. N. Frank **Ort:** Theatersaal in der Stiftsklinik Augustinum, Wolkerweg 16, 81375 München **Beginn:** 9 Uhr **Teilnahmegebühr:** 400 DM; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Chefarztsekretariat Dr. N. Frank, Frau Kofler, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 97-151

1997 In Freyung

Freyunger Ultraschallkurse des Haltungs- und Bewegungsapparates – nach der Ultraschallvereinbarung der KBV: Grundkurs incl. Säuglingshüfte (8./9. 2.); Aufbaukurs (3./4. 5.); Abschlußkurs (1./2. 11.); Refresherkurs (28./29. 6.) **Veranstalter:** Klinik Bavaria, Orthopädische Abteilung **Leitung:** Dr. J. Hinzmann, Freyung; Dr. P. Kupatz, Schwerin **Ort:** Klinik Bavaria, Freyung **Anmeldung:** Sekretariat der Orthopädischen Abteilung II, Frau Kobler, Solla 19, 94078 Freyung, Tel. 0 85 51/99-3711, Fax 0 85 51/99-3719

Sportmedizin

4. Dezember 1996 in München

7. Sportmedizinisches Seminar anlässlich des Compaq Grand Slam Cup's „Tennis im Leistungs- und Breitensport“ **Veranstalter:** Orthopädische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. H. J. Refior, Dr. C. Jessel, Dr. H. Konvalin, Dr. W. Zirngibl **Ort:** Ehrengastbereich im Olympiastadion München **Beginn:** 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. J. Refior, Frau Weiß, Marchioninistr. 15, 81377 München, Tel. 0 89/70 95-2760

Thoraxchirurgie

20. bis 22. November 1996 In München

3. Workshop für Thorakoskopie und thorakoskopisches Operieren **Veranstalter:** Abteilung für Thoraxchirurgie im ZKH Gauting in Zusammenarbeit mit dem BDC **Leitung:** Prof. Dr. O. Thetter, Dr. J. Sklarek **Ort:** Seminarraum 1 in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München, Nußbaumstr. 20, München, und Zentralkrankenhaus Gauting, Robert-Koch-Allee 2, Gauting **Beginn:** 20. 11., 9 Uhr s.t. Ende: 22. 11., 15.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 950 DM; Begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** ZKH Gauting, Frau Fiebelkorn, Robert-Koch-Allee 2, 82131 Gauting, Tel. 0 89/ 85 791-333

Transfusionsmedizin

29./30. November 1996 in Erlangen

„Transfusionsmedizinische Fortbildung für Anästhesisten“ **Veranstalter:** Abteilung für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie in der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. R. Eckstein **Ort:** Transmar-Motor-Hotel, Wetterkreuzstr. 7, Erlangen **Zeit:** 29.11., 13 bis 19 Uhr; 30.11., 9 bis 18 Uhr **Teilnahmegebühr:** 100 DM **Anmeldung:** Prof. Dr. R. Eckstein, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-6972, Fax 0 91 31/85-6987

Unfallchirurgie

27. November 1996 in Murnau

5. Unfallchirurgentreff Oberland: „Frakturen des Rückfußes“ **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau **Leitung:** Prof. Dr. V. Bühren **Ort:** Vortragssaal der Klinik, Prof.-

Küntscher-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 18 Uhr **Anmeldung:** Prof. Dr. V. Bühren, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-2201, Fax 0 88 41/48-2203

6./7. Dezember 1996 in Regensburg

8. Unfallchirurgisches Symposium (7.12.) AiP: Die Problematik der Knieendoprothese; Workshop (6.12.) **Veranstalter:** Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie **Leitung:** Prof. Dr. R. Neugebauer **Ort:** Workshop am 6.12.: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Straße 86; Symposium am 7.12.: Hörsaal H2 in der Universität, Universitätsstr. 31, Regensburg **Zeit:** 6.12., 14 bis 18 Uhr; 7.12., 9 bis 16 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. R. Neugebauer, Frau Schlosser, Prüfeninger Straße 86, 93049 Regensburg, Tel. 09 41/3 69-2251, Fax 09 41/3 69-2255 **Anmeldung:** Intercongress GmbH, Herr Berndt, Krautgartenstr. 30, 65205 Wiesbaden, Tel. 06 11/ 9 77 16-40, Fax 06 11/9 77 16-16

Zu beziehen über Feldstudie/Tumorregister München Faxserver (0 89) 7 40 05 67-... (Dok. Nr.)

	Erstelldatum	Dok.Nr.	Seiten
Empfehlungen zur Nachsorge			
Nachsorgerichtlinien b. Mamma-Ca.	20. 5. 1996	5101	3
Nachsorgeempfehlungen n. Rektum-Ca.	18. 6. 1996	5102	1
Rektum-Ca.-Nachsorge (Merkblatt für betroffene Patienten)	18. 6. 1996	5103	1
Allgemeine Informationen			
Bedienungsanleitung für den Faxserver	01/96	0001	1
Telefon-Nr. des Tumorreg./Feldstudie	01/96	9960	1
Inhaltsverzeichnis des Tumorregisters	01/96	0003	1
Empfehlungen zu Inhalten von Arztberichten			
Pathologiebefund bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4201	1
OP-Bericht bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4202	1
Strahlentherapiebericht bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4203	1
Chemotherapiebericht bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4204	1
Arztbrief bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4205	5
Exemplarischer Arztbrief bei Mamma-Ca.	27. 3. 1996	4206	1
Pathologiebefund bei Rektum-Ca.	27. 3. 1996	4207	1
OP-Bericht bei Rektum-Ca.	27. 3. 1996	4208	1
Strahlentherapiebericht bei Rektum-Ca.	27. 3. 1996	4209	1
Chemotherapiebericht bei Rektum-Ca.	27. 3. 1996	4210	1
Arztbrief bei Rektum-Ca.	27. 3. 1996	4211	3

Feldstudie: Telefon (0 89) 7 00 26 60, Telefax (0 89) 70 95 47 53

47. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 6. bis 8. Dezember 1996

Wissenschaftliche Leitung: Dr. H. H. Koch, Klinikum Nürnberg Nord

Ort: Meistersingerhalle, Nürnberg

AiP-geeignet

Donnerstag, 5. Dezember 1996
(19 Uhr)

Eröffnung mit Festvortrag: „Die zeitübergreifende Bedeutung des Hippokratischen Eides“ Professor Dr. Dr. Juliane C. Wilmanns, München
Podiumsdiskussion „Ärztliche Ethik heute“

Freitag, 6. Dezember 1996

Telekonsultation: Zukunftsmusik?
Vorsitz: Dr. H. H. Koch, Nürnberg

9 bis 10.30 Uhr

Videokonferenzschaltung
Interaktion bei Diagnostik und Therapie
Professor Dr. P. M. Schlag, Berlin
Privatdozent Dr. H. Feussner, München
Bevölkerungsnahe Gesundheitsversorgung, „second opinion“
Professor Dr. E. G. Hahn, Erlangen
Privatdozent Dr. H. Feussner, München
Dr. H. Schönekas, Nürnberg
Datenfernübertragung – eine Möglichkeit zur Optimierung der notfallmedizinischen Versorgung
Professor Dr. M. Nerlich, Regensburg

Schlafstörungen

Vorsitz: Dr. P. Bölskei, Nürnberg

11 bis 13 Uhr

Physiologie des Schlafes
Dr. H. Becker, Marburg

Differentialdiagnostik von Schlafstörungen
F. Schilling, Meiningen
Differentialtherapie chronischer Schlafstörungen
Professor Dr. E. Rüter, Göttingen
Schlafbezogene Atmungsstörungen: Diagnostik in der Praxis und Therapiemöglichkeiten
Dr. R. Leistner, Nürnberg

Das aktuelle Thema

Vorsitz: Dr. E. Amarotico, München

14 bis 15.30 Uhr

Aktuelle Therapie der Hypertonie
Professor Dr. H. Holzgreve, München
Therapie der Osteoporose: Neue medikamentöse Möglichkeiten
Professor Dr. P. Bottermann, München
Aktueller Wissensstand bei den Prionenerkrankungen: BSE und Jacob-Creutzfeldt-Syndrom
Dr. H. Schätzl, München

Präklinische Versorgung von Notfällen
Vorsitz: Professor Dr. P. Sefrin, Würzburg

16 bis 18 Uhr

Basisausstattung für die Behandlung von Notfällen
Professor Dr. P. Sefrin, Würzburg
Notfall in den Praxisräumen – was tun?
Dr. C. Heuschmid, Nürnberg
Akutes Asthma bronchiale
Dr. P. Bölskei, Nürnberg
Erstversorgung von Notfällen bei Kindern
Professor Dr. H. Singer, Erlangen

Das „dicke Bein“:

Differentialdiagnose und Therapie

Vorsitz: Professor Dr. O. Bartels, Nürnberg

9 bis 13 Uhr

Differentialdiagnostische Überlegungen
Privatdozent Dr. G. Werner, München
Das „dicke Bein“ aus chirurgischer Sicht
Dr. A. Hoffmann, Erlangen
Diagnostik venöser Erkrankungen
Privatdozent Dr. W. Habscheid, Ostfildern
Therapie venöser Durchblutungsstörungen
Professor Dr. med. E. Paul, Nürnberg
Therapie des dekompensierten Cor pulmonale
Professor Dr. H. Worth, Fürth
Therapeutischer Einsatz physikalisch-medizinischer Möglichkeiten
Dr. G. Lichti, Nürnberg
Diskussion: Rationale Diagnostik und Therapie

Zerebrale Ischämie

Vorsitz: Dr. H.-W. Greiling, Nürnberg

14 bis 17.30 Uhr

Vom Schlagfluß zum Stroke – Aufbruch in ein neues Zeitalter?
Dr. H.-W. Greiling, Nürnberg
Schlaganfall – der Zeitraum davor: Risikofaktoren, Primärprävention, Warnsignale
Professor Dr. O. Busse, Minden
Schlaganfall – die ersten Stunden
Dr. G. Kroczeck, Nürnberg
Schlaganfall – aktueller Stand der Diagnostik
Dr. I. Bär, Dr. G. Berger, Professor Dr. M. Gottwik, Nürnberg
Sekundärprophylaxe nach dem Schlaganfall
Privatdozent Dr. A. Villringer, Berlin

Diskussion: Konsequenzen für die Praxis

Das Netzwerk in der Kitteltasche

17.30 bis 18 Uhr

Anamnese und Befund-Dokumentation mit Hilfe von Palmtop-Computern
N. Schäfer, Köln

Sonntag, 8. Dezember 1996

Notfälle erkennen und behandeln

Vorsitz: Dr. J. W. Weidinger, München

9 bis 18 Uhr

Extremitäten-Trauma (mit Fallbeispielen)

Privatdozent Dr. H.-J. Rupprecht, Erlangen

Gefäß-Notfälle

Privatdozent Dr. St. von Sommoggy, Vogtareuth

Polytrauma und Thorax-Trauma (mit Fallbeispielen)

Privatdozent Dr. D. Blumenberg, Osnabrück

Das akute Abdomen (mit Fallbeispielen)

Dr. St. M. Freys, Würzburg

Schädel-Hirn-Trauma (mit Fallbeispielen)

Dr. D. Kolodziejczyk, Vogtareuth

Wirbelsäulen-Trauma (mit Fallbeispielen)

Dr. D. Kolodziejczyk, Vogtareuth

10 bis 12 Uhr

Öffentliche Veranstaltung: Das „dicke Bein“

Parallelveranstaltungen:

6./7. Dezember 1996

XII. Sonographie-Symposium

Leitung: Professor Dr. N. Heyder, Berlin

Seminare am 6./7. Dezember 1996

Einführungseminar für Allergologie

Leitung: Professor Dr. H.-W. Baenkler, Erlangen, Dr. S. Beckh, Nürnberg

Einführung in die Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen des Respirations- und Gastrointestinaltraktes

Belastungs-(Streß)echokardiographie

Leitung: Dr. K. Bergmann, Erlangen, Dr. H. Mertes, Worms

Aufbaukurs gemäß § 6 der Ultraschall-Vereinbarung der KBV zum Erwerb der fachlichen Befähigung zur Durchführung von Belastungs-Echokardiographien

Bronchoskopie für Anästhesisten und Intensivmediziner/innen

Leitung: Dr. P. Bölskei, Nürnberg
Theorie und Praxis mit Übungen am Phantom

Praktische Diabetologie

Leitung: Dr. A. Wudy, M. Gehrenbeck-Brückner, M. Munninger, Nürnberg

Reanimation bei Kindern und Erwachsenen

Leitung: Dr. H. Lux, Nürnberg
Intubation, Herzdruckmassage, lebensrettende Basismaßnahmen in Theorie und Praxis

Medikamentöse Schmerztherapie

Leitung: Dr. R. Sittl, Dr. N. Griebinger, Dr. H. Huber, Erlangen

Physiologie, Vorstellung der wichtigsten Schmerzmittel und Schmerzmittelkombinationen – Medikamentöse Stufentherapie, Einsatz von Opiaten, praktische Tips zur Durchführung, Demonstration von Hilfsgeräten und Zusatztherapien

Praktische Übungen zu Internet

Leitung: N. Schäfer, Köln
Einführung in das Internet, praktische Übungen on line, second opinion, Medizinische Datenbanken, Diagnostik- und Therapiehilfen, Fortbildungsmöglichkeiten

Alle Seminare und Sonographie-Symposium: Teilnahme nur nach Anmeldung und Bestätigung möglich.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Frau Müller-Petter, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-232, Telefax (0 89) 41 47-280

XII. Sonographie-Symposium

anlässlich des 47. Nürnberger Fortbildungskongresses

am 6. und 7. Dezember

Leitung: Professor Dr. N. Heyder, Berlin

Normaler Untersuchungsgang – Sonographisch erkennbare nichtfokale Lebererkrankungen – Differentialdiagnose fokaler Lebererkrankungen – Leber-sonographie aus der Sicht des Chirurgen: Prä- und postoperative Aspekte der Therapieplanung – Sonographie der Gallenblase und Gallenwege – Sonographische Pankreasdiagnostik – Sonographie der Niere – Interventionelle Sonographie: Der Part des Ultraschallers, der Part des Pathologen – Ultraschalldiagnostik der tiefen Beinvenen – Sonographie in der Pneumologie – Sonographie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen – Sonographische Diagnostik und Therapie bei Hyperthyreose – Sonographische Bestimmung der Magenentleerungszeit – Indikation und klinischer Wert der rektalen Endosonographie – Sonographisch erkennbare Erkrankungen des Unterbauches – Sonographie der Appendizitis – Pathologische Veränderungen der Milz und der Lymphknoten – Fehlervermeidung und Tips in der Sonographie des Abdomens – Sonographie der Weichteile und der Gelenke

Teilnahmegebühren: 150,- DM (Kongreßbesuch 6.-8.12.96 eingeschlossen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Frau Müller-Petter, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-232, Telefax (0 89) 41 47-280

Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e. V.

Die Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e. V. führt laufend Lehrgänge, Kurse und Seminare durch. – Lehrgangsprogramme können beim Kurssekretariat der Akademie, Heighofstraße 63, 81377 München, Telefon (0 89) 7 10 09-2 37 oder 2 39, angefordert werden.

26. Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal

während des 47. Nürnberger Fortbildungskongresses
der Bayerischen Landesärztekammer 1996

am 6. und 7. Dezember 1996

in der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Regensburger Straße 160

Teil 1: Röntgendiagnostik	Teil 2: Strahlentherapie	Teil 3: Nuklearmedizin
<p>Freitag, 6.12., 13.30 Uhr bis Samstag, 7.12., 17 Uhr</p>	<p>Freitag, 6.12., 13 Uhr bis Samstag, 7.12., 16 Uhr</p>	<p>Freitag, 6.12., 13.45 Uhr bis Samstag, 7.12., 17 Uhr</p>
<p>Grundlagen und Anwendung von MR – Hat die diagnostische Radiographie Zukunft? (Vor- und Nachteile) – Richtige Wahl der Belichtungsdaten und der Einstelltechniken – Verbesserung der Bildqualität durch Filtereinsatz? – Helierekopieren überbelichteter Röntgenaufnahmen – Informationsverlust? – Verpackung und Umwelt – Recycling und Entsorgung von Röntgenchemikalien – Rund um die Schulter: Anatomie des Schultergürtels – Welche Anforderungen an die konventionellen Röntgenaufnahmen der Schulter? – Einstelltechnik Standard-/Spezialaufnahmen der Schulter – Schulterluxation: Spezialaufnahmen – Sternoclaviculargelenke: Neue Einstelltechniken – Schulter-CT/MR</p> <p>Praktika: Aufnahmetechnische Praktika in allen Gebieten der Medizin</p>	<p>Bronchialkarzinom: Radiologische Diagnostik des BC – Pneumologische Diagnostik des BC – Pathomorphologie des BC – Chirurgische Behandlung des BC: Indikationen zur kurativen und palliativen Operation – Bronchoskopische interventionelle Pneumologie in der Behandlung des BC – Chemotherapie des SCLC – Chemotherapie des NSCLC – Strahlentherapie des BC: Indikation und Technik – Kombinierte Radio-Chemotherapie des BC: neue Therapiewege – Palliative Strahlentherapie des BC: Indikationen – Technik – Ergebnisse – Onkologische Nachsorge: Sinn oder Unsinn</p> <p>Praktika: Simulator-Technik Patientenführung</p>	<p>Nuklearmedizin aktuell: Basisuntersuchungen der Schilddrüse – Aktueller Stand der in-vitro-Untersuchungen bei Schilddrüsenerkrankungen – Therapie der benignen Schilddrüsenerkrankungen – Radiojodtherapie und Nachsorge bei Schilddrüsen-Malignomen – 2D- und 3D-Darstellung in SPECT-Technik – Rezeptor-Szintigraphie – Technische und organisatorische Voraussetzungen für nuklearmedizinische Untersuchungen bei Kindern – Die Szintigraphie der kindlichen Osteomyelitis – Sklettszintigraphie in der Traumatologie – Palliative Schmerztherapie bei Knochenmetastasen – Speicheldrüsenzintigraphie – Nebennieren-Tumore, Inzidentalome</p> <p>Praktika zu den Hauptthemen</p>
<p>Anmeldeschluß: 21. November 1996</p>		
<p>Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Frau Müller-Petter, Mühlbauerstraße 16, 81677, München, Telefon (0 89) 41 47-232, Fax (0 89) 41 47-280</p> <p>Teilnahmegebühren: 80,- DM</p> <p>Teilnahmebescheinigung: Nur am Ende des vollständig besuchten Kurses</p> <p>Ausführliche Programme senden wir Ihnen auf Wunsch gerne zu!</p>		
<p>Teilnahme nur nach Bestätigung möglich</p>		

2. Münchner Fortbildung für Dermatologie und Kosmetik

16. November 1996 in München AIP

Thema: Wissenschaftliche Kosmetologie – Laser-Therapie – Kosmetik-Workshop – Kosmetologie für die Hautarztpraxis – Kosmetikerinnen-Seminar – Plenarversammlung **Leitung:** Dr. M. Drosner, Prof. Dr. W.-I. Worret, beide München **Zeit und Ort:** 9 bis 18.30 Uhr – Holiday Inn Crown Plaza, Leopoldstr. 194, München **Teilnahmegebühr:** Tageskarte 150 DM, AIP 100 DM **Anmeldung:** Prof. Dr. W.-I. Worret, Biedersteinerstr. 29, 80802 München, Tel. 0 89/38 49-3181

Fortbildungsveranstaltung des BKH Taufkirchen/Vils

20. November 1996

Thema: Diagnostik und Therapie der Virus-Hepatitis und ihrer Folgekrankheiten **Ort:** BKH, Arztbibliothek, Bräuhausstr. 5, Taufkirchen/Vils **Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 16.30 Uhr

Mammasonographie – Grund-, Aufbau-, Abschlußkurs

Nach den Richtlinien der KBV

29./30. November 1996
in Oberschleißheim bei München

Leitung: Dr. J. de Waal, Dachau, Dr. Th. Weyerstahl, München **Auskunft:** Dr. T. Weyerstahl, Postfach, 80337 München, Tel. 0 89/50 40 11, Fax 0 89/5 02 93 57

28. Internationale Wissenschaftliche Tagung

29. November bis 1. Dezember 1996
in München

Themen: Olympische Nachlese – Praktische Sportmedizin – Probleme am Stütz- und Bewegungsapparat – Kardiopulmonale Belastbarkeit – Prävention, die Aufgabe des Sportmediziners – Für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin werden 16 Stunden Theorie und Praxis der Sportmedizin und 8 Stunden Theorie und Praxis der Leibesübungen anerkannt **Veranstalter:** Bayerischer Sportärzterverband **Ort:** Zentrale Hochschulsportanlage der TU München, Connollystr. 32, München **Anmeldung:** Bayerischer Sportärzterverband, Nymphenburger Str. 81/IV, 80636 München, Tel. 0 89/18 35 03, Fax 0 89/18 35 96

Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Wunsiedel

24. November 1996
in Bad Alexandersbad AIP

Thema: Pathomorphologie, Klinik und Therapie der Osteoporose **Ort:** Altes Kurhaus, Festsaal, Markgrafenstr. 28, Bad Alexandersbad **Zeit:** 20 Uhr s. t.

Fortbildungsveranstaltungen für den Bereich Prävention/Gesundheitsförderung

Präventionsmaßnahmen und Gruppentrainingsprogramme in der Praxis (30.11.-1.12.1996) **Ort:** Kurhaus Seidl, Holzhausen 2, Teisendorf **Teilnahmegebühr:** Ärzte 290 DM, Praxismitarbeiter 190 DM; Erfolgreiche Arbeit mit Gruppen in der Gesundheitsförderung (7./8.12.1996) **Ort:** Lesesaal des Hallenbades, Unterwössen **Teilnahmegebühr:** 300/470 DM; Vorträge kreativ und wirkungsvoll durch gehirn-gerechte Präsentation (4.12.1996) **Ort:** Lesesaal des Hallenbades, Unterwössen **Teilnahmegebühr:** 75/100 DM **Anmeldung:** AGG, Dr. Böhm, Kruchenhausen 35, 83246 Unterwössen, Tel. 0 86 41/ 69 89 34, Fax 0 86 41/6 19 05

4. Internationales Münchner Symposium für Fußchirurgie

6./7. Dezember 1996 in München

Thema: Diabetischer Fuß – Vorfußrekonstruktion **Veranstalter:** Stiftung Fußchirurgie **Leitung:** Dr. Chr. Kinast, München, Dr. K. H. Olms, Bad Schwartau, J. A. Ruch, Georgia/USA **Ort:** Sheraton München, Konferenzsaal, Arabellastr. 6, München **Beginn:** 6.12., 8 Uhr **Ende:** 7.12., 18 Uhr **Teilnahmegebühr:** 450 DM **Anmeldung:** Stiftung Fußchirurgie, Frau A. Kreuzer, Fritz-Winter-Str. 32, 86911 Dießen, Tel. 0 88 07/92 39-26, Fax 0 88 07/88 06

Symposium für das Krankenhausmanagement

9. Dezember 1996 in München AIP

Thema: Qualitätssicherung – Modewort, Auftrag, Schlüssel zur Zukunft **Veranstalter:** Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, LV Bayern in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer **Leitung:** Ilse-dore Zopyf **Ort:** Ärztehaus Bayem, Mühlbauerstr. 16, München **Zeit:** 14 bis 18 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Anmeldung:** DBfK, LV Bayern, Romanstr. 67, 80639 München, Tel. 0 89/17 70 88

Fortbildung zum Schwangeren- und Familienhilfegesetz

11. Januar, 1. März und 28. Juni 1997 in München

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung – in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesverband Bayem **Ort:** Ärztehaus Bayem, Großer Saal, 5. Stock, Mühlbauerstr. 16, München; Die Teilnahme an dieser jeweils eintägigen Veranstaltung ist kostenfrei und erfüllt die Anforderungen gemäß Art. 5 Abs 5 Bay. Schwangeren- und Familienhilfegesetz **Anmeldung** telefonisch oder per Fax erforderlich; Bayerische Landesärztekammer, Frau Keller, Mühlbauerstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/ 41 47-209, Fax 0 89/41 47-280

Fortbildungskurse 1996/97 „Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane“ in München

Gemäß DGOT-, DEGUM- und KBV-Richtlinien

Abschlußkurs (22./23.11.1996); Grundkurs (7.-9.3.1997); Aufbaukurs (26.-28.9.1997); Kurse Sonographie der Säuglingshüfte nach Vereinbarung **Leitung:** Dr. N. Hien, Dr. W. Heltzel, beide München **Ort:** Forum-Westkreuz, München **Anmeldung** erforderlich: Frau Völkl, Friedrichshafener Str. 11, 81243 München, Tel. 0 89/ 8 34 40 25

Ernährungsmedizin (Grundseminar Teil I)

20. bis 22. Dezember 1996
in Augsburg AIP

Veranstalter: Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin **Leitung:** Prof. Dr. H. Kasper, Würzburg, Prof. Dr. G. Wolfram, Freising **Ort:** Stadthalle, Augsburg-Neusäß **Beginn:** 20.12., 14 Uhr **Ende:** 22.12., 13.30 Uhr **Anmeldung:** Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, Postfach 5240, 79019 Freiburg, Tel. 07 61/ 7 89 80, Fax 07 61/7 20 24

Der schnelle Weg zur Anzeigenabteilung:

**Telefon (0 61 24) 7 79 72
Telefax (0 61 24) 7 79 68**

Arzthelferinnen – Ausbildung der Ausbilder

Termine 1997

Wer ausbilden will, muß nach dem Berufsbildungsgesetz im Besitz arbeits- und berufspädagogischer Kenntnisse sein oder eine Angestellte mit entsprechenden Kenntnissen haben. Die Erfüllung dieser Vorgabe ist u.a. auch Voraussetzung für die Eintragung des Ausbildungsvertrages bei der zuständigen Stelle.

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben werden Erstausbilder und Ärzte, die in den letzten fünf Jahren keine Arzthelferin ausgebildet haben und diese Kenntnisse nicht besitzen, auf Beschluß des Bayerischen Ärztetages dringend aufgefordert, an einem Kurs zu deren Vermittlung teilzunehmen; allen anderen ausbildenden Ärzten wird die Teilnahme empfohlen. In diesen Kursen werden vor allem Fra-

gen zum Ausbildungsvertrag (Kündigung, Zeugnis, Arbeitszeit, Ausbildungsplan, Ausbildungsnachweis, JArbSchG usw.) behandelt.

Anmeldung Kurse für Ärzte: Frau Krügel, Bayerische Landesärztekammer, Telefon (0 89) 41 47-270 (Ausnahmen: Kurs Bamberg: ÄKV Bamberg, Telefon [09 51] 2 44 78 und Kurs Forchheim)

Schriftliche Anmeldung Kurs für Ärzte Forchheim: ÄKV Forchheim, Dreikirchenstraße 23, 91301 Forchheim, Telefon (0 91 91) 29 68

Anmeldung Kurse für Praxispersonal Nürnberg: Frau Hedtkamp, Bayerische Landesärztekammer, Telefon (0 89) 41 47-286

Anmeldung Kurse für Praxispersonal München: Walner-Schulen, Landsberger Straße 68-76, München, Telefon (0 89) 5 40 95 50

Gebühr: Ärztekurse kostenlos; Kurse für das Praxispersonal 50,- DM, wenn in der Praxis Arzthelferinnen ausgebildet werden (bitte Bestätigung beilegen), ansonsten 200,- DM.

Selbstverpflegung, bitte Essen und Getränke mitbringen! (Ausnahme Forchheim s. ÄKV)

Dauer: jeweils samstags 9.30 bis 16 Uhr (Mittagspause 12.30 bis 13 Uhr)

Beitragsentlastung ab 65

Die deutlich gestiegene Lebenserwartung, nicht zuletzt durch den medizinischen technischen Fortschritt, geht einher mit steigenden Kosten für die Behandlung im Alter: Die letzten Lebensjahre werden immer teurer – aber nicht für die Versicherten der Vereinten. Um auszuschließen, daß einem geringeren Einkommen im Ruhestand dann plötzlich stark steigende Beiträge zur Krankenversicherung gegenüberstehen, hat sie spezielle Vorsorgetarife entwickelt.

Die Idee, die dahintersteckt: Die Versicherten zahlen einen geringen monatlichen Mehrbetrag, den das Unternehmen gewinnbringend anlegt. Für den Versicherten bedeutet dies dann im konkreten Fall eine garantierte Beitragssenkung um bis zu 80 % ab dem 65. Lebensjahr. Eine derartige Entlastung kommt dabei vergleichsweise günstig zustande: Ein 35jähriger Arzt, der monatlich 360 DM zahlt, kann bei einem Mehrbeitrag von etwa 31 DM bei der Vereinten mit einer garantierten Reduzierung von 180 DM ab dem 65. Lebensjahr rechnen.

Bei angestellten Ärztinnen und Ärzten zahlen die Arbeitgeber auch bei den Vorsorgetarifen einen Zuschuß von bis zu 50 %. Diesen Zuschuß gibt es aber nur, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Weitere Informationen über Vereinte Krankenversicherung AG/Öffentlichkeitsarbeit, 80291 München, Telefax (0 89) 67 85-2158.

	Kurse für Ärzte (eintägig)	Kurse für das Praxispersonal (5tägig)
18. Januar 1997	Augsburg	-
25. Januar 1997	-	Nürnberg
8. Februar 1997	-	Nürnberg
22. Februar 1997	-	Nürnberg
8. März 1997	Forchheim (ÄKV Forchheim)	Nürnberg
15. März 1997	-	Nürnberg
12. April 1997	Regensburg	München
19. April 1997	-	München
26. April 1997	-	München
3. Mai 1997	-	München
10. Mai 1997	-	München
7. Juni 1997	Nürnberg	-
20. September 1997	Straubing	-
Herbst 1997	Würzburg	-
11. Oktober 1997	Bayreuth	-
25. Oktober 1997	-	Nürnberg
8. November 1997	-	Nürnberg
15. November 1997	-	Nürnberg
22. November 1997	-	Nürnberg
29. November 1997	-	Nürnberg
13. Dezember 1997	München	-

Schumpelik V.: Hernien. 3., neu bearb. und erw. Aufl., 253 S., 404 Abb., 41 Tab., geb., 198,- DM. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Hornung P.: Sirenen der Stille – Roman einer Alptraumnacht. 208 S., 17,80 DM. Verlag Frieling & Partner GmbH, Berlin.

Denis P.: Irritable Bowel Syndrome – Diagnosis, Psychology and Treatment. 46 S., Paperback, 78,- DM. Verlag Walter de Gruyter, Berlin.

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin: Verratene Medizin – Beteiligung von Ärzten an Menschenrechtsverletzungen. 29,80 DM. Edition Hentrich, Berlin.

Brinkschulte E.: Weibliche Ärzte – Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. 36,- DM. Edition Hentrich, Berlin.

Leibl C.+G.: Schneewittchens Apfel – Eßstörungen und was sich dagegen tun läßt. 190 S., 32,- DM. Herder Verlag, Freiburg.

Hartmann E.: Die Ausbildung der Arzthelferinnen in der Praxis. 160 S., 28,- DM. Kiehl Verlag, Ludwigshafen.

Nentwig/Bonvie/Hennings/Wolff-Pfisterer: Das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz – Die berufliche Zusammenarbeit von Medizinern. 214 S., brosch., 54,- DM. Verlag Kirchheim + Co. GmbH, Mainz.

„**Bayerisches Ärzteblatt**“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassennärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Dr. med. Hans Hege. Schriftleitung: Dr. med. Hans Hege, Dr. med. Lothar Wittek, Dr. med. Enzo Amarotico, Dr. rer. biol. hum. Christian Thieme – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Klaus Schmidt. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon (089) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postgirokonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: Kirchheim Verlag + Co. GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz, Telefon (06131) 96070-34, Telefax (06131) 96070-80; Ruth Tännay (verantwortlich); Anzeigenleitung: Andreas Görner.

Druck: Zauner Druck und Verlags GmbH, Nikolaus-Otto-Straße 2, 85221 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

Für die Herstellung des „Bayerischen Ärzteblattes“ wird ein Recycling-Papier verwendet.

ISSN 0005-7126

Hinweis:

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, daß die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich auf jeden Fall mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle in Verbindung zu setzen.

Biete für Internist/in, Orthopäde/in

Kooperation mit alteingesessenem Allgemeinmediziner in bayer. Kleinstadt Raum Hof/Bayreuth
ab sofort – Chiffre BÄ 40

Kinderarzt bietet Praxis und KV-Zulassung im Landkreis Fürstentfeldbruck.
Chiffre BÄ 241

Ärztin für Allgemeinmedizin sucht **Praxisassoziation**, auch Teilzeit, im **Lkr. Bamberg**. KV-Zulassung vorhanden.
Chiffre BÄ 242

Suche KV-Zulassung / Praxisübernahme

Innere Medizin / Allgemein, in **Augsburg-Stadt**. – Tel. 08 21/99 59 59

NEUE PRAXISRÄUME IN GÜNZBURG

Toplage, 1. OG mit Dachterrassen, hell u. freundl., wahlweise 90 bis 230 qm, im EG eine renom. zahnärztl. Praxisgemeinschaft, daher ideal für ganzheitl. orient. KollegInnen (Homöop., Akup., EAV, Allergologie etc.) oder HNO. Kooperation (z.B. R6) möglich, aber nicht Bed.; ab 1.1.97 oder später zu vermieten.

Tel. 0 82 21/3 34 34 oder 0 82 21/3 33 99

Freiwerdende Räume für **Zahnarztpraxis** ca. 160 qm (3 Sprechzimmer mit div. Nebenräumen) in einer **Obb. Kleinstadt** – 1 Autostunde von München entfernt – zentrale Lage, neu zu vermieten. Auch für andere Fachgruppen geeignet.
Chiffre BÄ 262

Psychiatrisch ausgerichtete, ausbaufähige **Nervenarztpraxis** in **Oberfranken** aus Altersgründen abzugeben. – Chiffre BÄ 263

Gutgehende **Allgemeinpraxis Augsburg Land** (Sperrgebiet) nach Absprache günstig abzugeben. – Chiffre BÄ 249

Gemeinsame Nutzung / Praxisräume ggf. Assoziation bietet Internist in verkehrsgünstiger Lage **Regensburgs**.
Chiffre BÄ 251

Lkr. Günzburg, Praxisräume 200 qm zu vermieten. 1. OG, Parkplätze vorhanden. Zulassung frei für **Augenarzt**. – Chiffre BÄ 256

Anästhesistin/Anästhesist als Partner in **Gemeinschaftspraxis** in **Südbayern** gesucht. – Zuschriften an Chiffre BÄ 258

Praxisräume für Arzt, bes. HNO oder artverwandt, Massage, 120 qm in 6 Räumen. 5 Stellplätze, Nähe öffentliche Parkplätze, zentrale Lage, sofort beziehbar.
Telefon 0 96 72/53 18, zwischen 15-18 Uhr

Für unser bis Ende 97 entstehendes **Haus** in einem oberfränkischen **Kleinzentrum** mit hervorragenden Standortbedingungen suchen wir Kollegen/-Innen der Fachrichtungen **Chirurgie / Gynäkologie / Pädiatrie / evtl. Psychotherapie** im Konzept der hausärztlichen Grundversorgung einer bereits **bestehenden Großpraxis**. **Raumaufteilung nach Wunsch** zu Kauf / Miete. - Chiffre BÄ 257

Praxisräume

ca. 140 qm EG im **Zentrum von Neufahrn i. NB** (4000 Einw. in verkehrsgünstiger Lage mit interessantem weiter reichendem Einzugsgebiet), günstige Miete, frei ab Dez. 96 für **Facharzt**, besonders geeignet für **Internisten** (nicht gesperrt), auch andere Fachrichtungen möglich. Das Vorhaben wird unterstützt von der Gemeinde Neufahrn i. NB.
Vertrauliche Anfragen an: **Gemeinde Neufahrn, Tel. 0 87 73/96 06-0**

Augsburg, Praxisräume in Haus mit Ärzten zu vermieten oder zu verkaufen. Optimale Lage, Zentrum, Nähe Bahnhof, ruhig, 135 qm + Terrasse (EG), TG-Platz, Parkmöglichkeit.
Chiffre BÄ 247

Biete **Internist/-in oder Kinderarzt/-ärztin** Partnerschaft in großer **Allgemeinpraxis** mit breitem Leistungsspektrum im Raum **Würzburg/Schweinfurt**. Flexible Arbeitszeitregelung oder Teilzeitkooperation möglich. - Chiffre BÄ 265

Baugrundstück in Zentrums Lage

Geeignet für Reha-Klinik

- In Simbach a. Inn, in Niederbayern, 115 km östlich von München, nahe dem niederbayerischen Bäderdreieck.
- Grundfläche ca. 5.500 m², Gfz. ca. 1,0. Nettanutzfläche ca. 5.500 m², Areal bei Bedarf erweiterbar.
- Baurecht sichergestellt durch rechtskräftigen Bebauungsplan.
- Geschäfte, soziale Einrichtungen, Krankenhaus, Bahnhof, Fußgängerzone in unmittelbarer Nähe.
- Im Kaufpreis ist die komplette Grundstückerschließung enthalten. Kaufpreis DM 2.300.000,-
- Die Planung, als auch die schlüsselfertige Übergabe der Gebäude, kann übernommen werden.

Schachtpark Wohnbau GmbH · In der Schacht 7 · 84359 Simbach/Inn
Tel.: 08571/7805 · Fax 08571/7806

Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte an:

Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau
Postfach 1323

65303 Bad Schwalbach

Kinderarztpraxis / Zulassung
in **Augsburg** zu verkaufen.
Info durch **Härtel-Beratung**
Tel. 09 41/3 52 88

Für unsere bis Mitte 1997 entstehenden

PRAXISRÄUME

insgesamt ca. 1000 qm in verkehrsgünstiger Lage

LAUF / PEGNITZ

suchen wir Ärzte folgender Fachrichtungen:
Augenarzt / Chirurg / Frauenarzt / Hautarzt / Radiologe / Urologe.
Raumaufteilung nach Wunsch zur Vermietung.

Tel. 09 11/61 90 69

Niederlassung / Übernahme

Sie suchen / wir haben
Praxen eller Fachrichtungen
Geprüfte Niederlassungsorte

Info durch **Härtel-Beratung**
Tel. 09 41/3 52 88

Allg. Praxis

mit **NHV / Homöopathie** in Bayern sucht **Übernehmer/-in**. Weiterbildung für 18 Monate Allgemeinmedizin möglich.

Info über Tel. 09 41/3 52 88

Wörthersee - Privatpraxis NHV + Homöopathie.
Gebe guteingeführte Privatpraxis ab, biete aber weiterhin Zusammenarbeit.
Tel. 00 43/4 63/59 99 90

Urologe sucht Praxisübernahme/-einstieg 97/98
Chiffre BÄ 248

Orthopädiepraxis zur Übernahme gesucht.
Chiffre BÄ 250

Allgemeinarztpraxis/Kassenarztzulassung für den **Landkreis Würzburg** - zu kaufen gesucht. - Chiffre BÄ 255

Landhausteil, 220 qm Wfl., 110 qm Nfl., ca. 560 qm Gr., 5 Gehmin. S4, 5 km z. Ammersee, sofort zu verkaufen. **Incl. KV-Zul. Allgem. Med.** Sperrgebiet, in 3 J. wegen Rente frei. Preis DM 850000,- - **Tel. 081 93/65 80**

Praxisräume zu vermieten

Fröschau-Ärzte-Zentrum-Neubau
Stadt Sulzbach-Rosenberg (92237 Opf.)

Für die ärztliche Versorgung suchen wir Ärzte folgender Fachrichtungen:

- Internist
- Frauenarzt
- Lungenfacharzt
- Zahnarzt
- Urologe
- Radiologe

Sämtliche Fachrichtungen sind von der KV Regensburg nicht gesperrt.

Im Objekt bereits eingemietet:

- Kinderarzt
- HNO-Arzt
- Orthopädie
- Krankengymnastik
- Hautarzt
- Augenarzt
- Allgemeinarzt
- Apotheke

Auskünfte:

Bau 2000 (Fa. Mickan), Günther Hofbeck, Tel. 0 96 64/ 5 99, 0 96 21/3 04 -0, 01 61/ 3 61 83 72

Hr. Härtel, Tel. 09 41/3 52 88

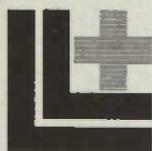
Sie suchen eine Praxis? Unsere aktuellen Angebote:

Allgemein , München	100860
Orthopädie , München	101098
Allgemein , Oberbayern	101097
Gynäkologie , Oberbayern	100939
Neurologie , Oberbayern	100908
Allgemein , Lkr. FFB	101067

Weitere Informationen erteilt:
Deutsche Ärzte-Versicherung
Repräsentanz Rudi Sändler
Braunautal 14, 85625 Baiern
Telefon 08093/5124



Finanzen im Ganzen



HELMUT-G.-WALTHER- KREIS- KRANKENHAUS LICHTENFELS

Das **Helmut-G.-Walther-Kreis-Krankenhaus Lichtenfels** ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit 333 Planbetten. Das Krankenhaus verfügt über die Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Dialyse, Anästhesiologie, Radiologie/Nuklearmedizin/CT sowie Belegabteilungen HNO und Augen.

in der Abteilung

Geburtshilfe/Gynäkologie

ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines/einer

Oberarztes / Oberärztin

zu besetzen.

Die Abteilung der Geburtshilfe/Gynäkologie verfügt über 55 Planbetten und einen Stellenplan 1-2-5.

Bei moderner apparativer Ausstattung wird eine weitgefächerte Abdominal- und Vaginalchirurgie, Mammachirurgie, große Karzinomchirurgie (Gesamt-Op-Zahl 1.000), diagnost. und therap. Pelviskopie sowie die gynäkologische Onkologie durchgeführt. Die Geburtshilfe (ca. 850 Geburten/Jahr) verfügt über alle modernen Überwachungsverfahren mit CTG, Ultraschall, MBU, Doppler-Sonographie.

Wir suchen eine/einen Ärztin/Arzt mit umfassender klinischer Erfahrung auf dem gesamten Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundesangestellten-tarifvertrag. Auf Wunsch besteht Wohnmöglichkeit in Appartements.

Lichtenfels liegt landschaftlich reizvoll im Obermaingebiet und hat einen hohen Freizeitwert. Weiterführende Schulen sind am Ort vorhanden. Der Landkreis Lichtenfels ist vor allem bekannt durch seine Kulturdenkmäler Kloster Banz undierzehnheiligen.

Für Voranfragen steht Ihnen der leitende Abteilungsarzt, Herr Dr. med. Kühnert, Telefon 0 95 71/1 23 87, gerne zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse und Nachweis über bisherige Tätigkeiten) richten Sie bitte innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen der Anzeige an:

Helmut-G.-Walther-Kreis-Krankenhaus - Verwaltung - Prof.-Arnth-Str. 2, 96215 Lichtenfels

LANDKREIS Der
LICHTENFELS Gottesgarten
am
Obermain

Im **Kreis-Krankenhaus Oettingen** l. Bay. sind sofort die Stellen eines/einer

Arztes / Ärztin im Praktikum

in der **chirurgischen und internen Abteilung** (jeweils 60 Betten) neu zu besetzen. Sollten Sie an einer Mitarbeit in unserem Hause interessiert sein, rufen Sie uns bitte an oder senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an das

**KREISKRANKENHAUS
OETTINGEN, Kellerstraße 15
86732 OETTINGEN I. BAY.**

Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Held, Tel. 0 90 82/79-1 80

Neurologie / Psychiatrie

Für eine **Praxis im Großraum Nürnberg** wird baldmöglichst ein/e teamfähige/r, leistungsorientierte/r und flexible/r

Dauerassistent/in gesucht.

Evtl. auch Teilzeitbeschäftigung (mind. 3 Tage/Woche). Spätere Assoziation möglich.

Chiffre BÄ 252

Die CHIRURGISCHE KLINIK SEEFELD

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

1 ANÄSTHESISTIN / ANÄSTHESISTEN

in Teilzeitbeschäftigung.

Voraussetzung ist die abgeschlossene Weiterbildung zum Gebietsarzt für Anästhesie und Intensivmedizin.

Wir bieten eine tarifgerechte Bezahlung nach BAT sowie alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Ihre Bewerbung mit Lebenslauf und Zeugnissen richten Sie bitte an:

**Chirurgische Klinik Seefeld
Geschäftsleitung
Hauptstraße 23, 82229 Seefeld**

Große **HNO Praxis in Süddeutschland** sucht ab sofort **AIP oder Assistenten/-in** u.a. zur Weiterbildung in Mikrochirurgie des Ohres. Ausbildungsbefugnis für 2 Jahre vorhanden. – Zuschriften unter Chiffre BÄ 253

Regelmäßige Praxisvertretung

durch **HNO-Ärztin oder -Arzt in Südbayern** gesucht. Zuschriften mit Preisvorstellung unter Chiffre BÄ 259

Große neurologische **Gemeinschaftspraxis in Nordbayern** sucht ab 01.12.1996 **Assistenzarzt** – Weiterbildungsbefugnis im Fachgebiet **Neurologie** liegt vor. – Chiffre BÄ 243

Orthopädischer Weiterbildungsassistent im letzten Jahr für große **Belegarztpraxis in Nordbayern** gesucht. 1 Jahr Weiterbildung. Spätere Partnerschaft. – Chiffre BÄ 244

Haus mit OP-Zentrum in südbayerischer Kreisstadt (100 km Entfernung von München) sucht für freiwerdenden Kassensitz einen erfahrenen **Chirurgen** (Schwerpunkte: Venenchirurgie u. Proktologie). – Chiffre BÄ 264

Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin mit breitem Leistungsspektrum in **Oberbayern** sucht

Weiterbildungsassistenten/-in möglichst für längeren Zeitraum (18 Monate) ab sofort oder später. Spätere Assoziation nicht ausgeschlossen. – Chiffre BÄ 268

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen
senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau
Postfach 1323**

65303 Bad Schwalbach

Oberarztstelle in Niederbay. Kreis-KH zu besetzen. Schwerpunkt Herz-Kreislauf; endoskop. u./o. onkolog. Erfahrung erwünscht. ♂ o. ♀. - Chiffre BÄ 245

AiP gesucht für gr. orthop. Praxis mit breitem konservativem Spektrum in München-Nymphenburg ab Nov. 1996. Befugnis zur Weiterbildung und Ausbildung in Ultraschalldiagnostik vorhanden.

Bewerbung mit Lichtbild erbeten an **Dr. Reinhard Dingler, Lachnerstr. 1, 80639 München** oder Tel. 0 89/13 32 36 oder 0 89/16 07 55

Qualifizierte **Notärzte** für **Standort Haag/Obb.** ab sofort gesucht. Tel. 0 80 72/10 21 oder 13 70, Fax 0 80 72/26 10

Engagierte/-er AiP/AiP für chirurgische Gemeinschaftspraxis und Belegkrankenhaus ab 02.01.1997 gesucht.

Bewerbungen an **Praxis Dres. med. Krumme/Müller/Tögel, Henisiusstr. 1, 86152 Augsburg**, Tel. 08 21/3 70 25

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen
senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung
Edeltraud Elsenau
Postfach 1323**

65303 Bad Schwalbach

Anästhesistin übernimmt Vertretungen in Bayern
Chirurgenfreundlich, mit Tiberius- und Ciceroerfahrung.
Tel. 0 81 57/90 01 30, Fax 0 81 57/90 01 31

Arzt sucht Weiterbildungsstelle ab Anfang/Mitte 97 für

Allgemeinmedizin mit NHV.

5 Jahre Klinik (Innere, Chirurgie, Urologie) Endoskopie und Sonographie-Erfahrung. Rettungsdienst. - Chiffre BÄ 246

**Berufserf. Ärztin
f. Allgemeinmedizin**

sucht Daueranstellung in **Klinik (Reha-/Kur)** oder **(Land-) Praxis**, vorzugsweise Südbayern. Chiffre BÄ 254

WB-STELLE ALLGEM.-MED.

Ärztin, 28 J., verh., 1 J. Chirurgie u. 1 J. Inn. (Klinik), Fachk. Rettungsdienst, Sono, EKG und Gastrokentn., sucht **WB-Stelle in Allgem.-Med. Praxis in Augsburg** (auch Neusäß/Gerstthofen) ab dem 1.5.1997 (ggf. 1.2.1997). Chiffre BÄ 261

Arzt (5 J. Innere, 1 1/2 J. Neurol., 1 J. Allgemeinmed., 1/2 J. Chir.) mit guten endoskopischen Kenntnissen, auch invasiv, sucht **Weiterbildungsstelle Innere**, evtl. später mit Weiterbildungsmöglichkeit TG Gastroenterologie. - Anfragen bitte unter **Tel. 0 94 05/22 06**

Arzt im 2. Weiterbildungsjahr Anästhesiologie sucht **Weiterbildungsstelle** in einer Klinik; Kenntnisse und praktische Erfahrung in Akupunktur (Prüfung im Juni), Schmerztherapie und Notfallmedizin; AiP in Chirurgie, in psychosomatisch orientierter Schmerztherapie und in Arbeitsmedizin. - Chiffre BÄ 260

Arzt, 39-jähriger ukr. Kontingentflüchtling und OBS-Stipendiat sucht ab 1.4.1997 **einjährige Praktikumsstelle** (ohne Bezahlung), ausgenommen sind die kreisfreien Städte Augsburg, Kaufbeuren, Kempten und Memmingen. - Zuschriften unter Chiffre BÄ 266

Suche WB-Stelle Chirurgie

für die **Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin** für mindestens 1/2 Jahr, gerne auch länger. - Chiffre BÄ 267

FORTBILDUNG

**AKUPUNKTUR-INTENSIVKURS
(Theorie / Praxis)**

mit Frau Dr. Radha Thambirajah vom 15.-17. November + 22.-24. November 1996 in München. Bitte Kursinfo anfordern. Tel. 030/8 53 96 32, Fax 030/8 54 92 85

Academy of Chinese Acupuncture, Rackebüller Weg 93, 12305 Berlin

SUPERVISION / SELBSTERFAHRUNG / SEMINAR

mit einem erfahrenen Praktiker (Dipl. Psych., VT, Supervisor, Lehrtherap., LAK-amerik.)

Lernziele: Zu sich selber stehen und über sich selbst lachen können
14./15.06. od. 26./27.07. od. 11./12.10.97: Blocksupervisionswochenende
27./28.09. und 17.-19.10.97 und drei weitere Termine 98: Selbsterfahrung
02.-05.10.97: Seminar zum gleichnamigen Buch „Das wäre doch gelacht“

Psychotherapeutische Praxis Hans-Ulrich Schachtner,
Occamstr. 2, 80802 München, Fax 08026/87 47

**BALINT-Wochenenden in Nürnberg
(Bahnhofsnähe)**

Weiterbildung in Blockform, je sechs Doppelstunden (Anerkannt durch die Bayerische Landesärztekammer)

Selbsterfahrungsgruppen an Wochenenden (Leiter Dr. Bernd Ottermann)

Gutachtenseminare an Wochenenden

Info: **Ulrich Starke, Facharzt f. psychotherap. Medizin,**

Weispennest 9, 90403 Nürnberg

Anfragen bitte nur schriftlich!

**AKADEMIE FÜR NEURALTHERAPIE,
DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHE LOKALANÄSTHESIE E.V.**

Kurse finden statt in:

ERLANGEN: Kurs A 22./23.02.1997, Kurs B 22./23.03.1997, Kurs C 26./27.04.1997

MÜNCHEN: Kurs A 01./02.02.1997, Kurs B 01./02.03.1997, Kurs C 19./20.04.1997

Weitere Kurse in Aachen, Bremen, Hamburg, Hannover, Mainz und Speyer.

Informationen und Anmeldung:

Sekretariat **AKADEMIE FÜR NEURALTHERAPIE E.V., Postfach 2245, 87332 Speyer,**
Tel. 0 62 32/7 77 20, Telefax 0 62 32/62 00 50, Mo-Fr 8.30 -11.30 Uhr.

Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.- DGH



Fort- und Weiterbildung in klinischer Hypnose für Ärzte und Zahnärzte

Beginn einer neuen Kursserie 1996/97
in Augsburg/Bobingen
am Sa. 25. + So. 26. Januar 1997

in Jena, Pharm. Inst. d. Universität
am Sa. 18. + So. 17. Januar 1996

Diese Ausbildung nach dem Curriculum der DGH wird uneingeschränkt für das Zertifikat der DGH gewertet und von der Bayerischen Landesärztekammer für Ärzte für die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie/Psychoanalyse“ anerkannt.

Anmeldung und Information :

Dr. med. dent. Volker Reindl
Lindauer Straße 6, D-86399 Bobingen
Tel. 0 82 34-33 93, Fax 0 82 34-79 81

Balintgruppe in Regensburg
fortlaufend jeden zweiten Donnerstag
von 20.00 – 21.30 Uhr.

Zur Weiterbildung anerkannt von der LÄK.

Dr. med. Ursula Sporer,
Allgemeinärztin, Psychotherapie,
Neupfarrplatz 15, 93047 Regensburg,
Tel. 09 41/56 73 63

Zuschriften
bei Chiffre-Anzeigen
senden Sie bitte an:

Verlagsvertretung
Edeltraud Eisenau
Postfach 1323

65303 Bad Schwalbach

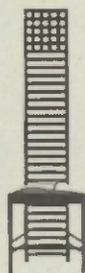
Warum ein neues Sono-Gerät?

Sorgfältig geprüfte preiswerte **Ultraschell-Gebrauchgeräte**, technisch und optisch einwandfrei, mit KV-Zuleitung und Videoprinter, erfüllen die gleichen diagnostischen Anforderungen.

Ultraschellidiegnostik SONIMED
Henning L. Spögen, beret. Ing. für Ultraschellidiegnostik
Kehlweg 14, 83026 Rosenheim
Tel. (0 80 31) 6 75 82, Telefax (0 80 31) 6 75 83

praxis ... wohnen ... exklusiv

INTERNATIONALE KOLLEKTIONEN
MODERNE KLASSIK BAUHAUS
ZU GÜNSTIGEN
KONDITIONEN
plan-med & design
82275 EMMERING
AUMÜHLE 3
TEL. 0172 5439903



Ultraschallgeräte für alle Fachrichtungen von Pie Medical



Wir können Ihnen diese Geräte für alle Untersuchungen (z. B. Abdomen, Geburtshilfe Gynäkologie, Schilddrüse, Gelenke, HNO) anbieten mit Sonden von 3,5 MHz - 7,5 MHz, Frequenzen auch umschaltbar.

Wir bieten diese Geräte für Ihren Einsatz incl. Batterie, Diskettenlaufwerk und einer Sonde ab DM 17.200 + MwSt. an.

Wir möchten ferner darauf hinweisen, daß wir Ihnen im PreisLeistungs-Verhältnis weitere führende Sono-Neugeräte anbieten können sowie gute Gebraucht Geräte (z. B. Vaginal-Sono-Systeme) mit Garantie und KV-zugelassen und Vorführ-Systeme SC 250 mit einer Sonde ab DM 24.800 + MwSt.

Unsere Kunden sind zufrieden, möchten Sie es auch sein?

Bitte fordern Sie unser kostenloses Informations-Material an.



W. Goebel,
Medizintechnik,
Kempten/Allgäu
Tel.: (0831) 91847
Fax: (0831) 91099

Arzt sucht für seine Tochter (Studentin) Zimmer, kl. Appartement oder 1-Zimmer-Wohnung für sofort in München, mögl. Innenstadt.

Dr. Risius, Postfach 13 43, 49553 Bramsche, Tel. 0 54 61/10 33 oder 10 95, Fax 0 54 61/6 38 97

Ärzte für Arzneimittelforschung gesucht

Die „Psychiatrisch Ambulante Studiengruppe“ sucht niedergelassene Kollegen (Psychiater/Neurologen, Allgemeinmediziner, Internisten u.a.) im Großraum München für gemeinsame Arzneimittelforschung (Phase III und IV).

Interessenten wenden sich bitte an: Dr. K. Scheithe, IMEREM Nürnberg, Tel. 09 11/9 71 76 13, Fax. 09 11/9 71 76 21

Chefartzsekretärin im Erziehungsurlaub, vertraut mit Schreibarbeiten aller Fachrichtungen (Publikationen, Vorträge, Gutachten, Promotionen, Habilitationen) erledigt **Schreibaufträge**

Innerhalb kürzester Zeit zuverlässig am PC. Fax vorhanden - Telefon 09 51/566 78

E.A.S.T. Inc. - Ihr Partner in Palm Beach / FLORIDA

- ★ Grundstücke, Wohnungen, Häuser ab \$ 45.000,-
- ★ Kapitalanlage, Investition oder Selbstnutzung

USA: Tel/Fax: 00 1 40 7 77 5 99 37

BRD: Tel. 0 81 31/8 43 12, Fax: 0 81 31/8 07 63

Das erfahrene Team für Ihre Praxis bei Planung, Neu- und Umbau, sowie Modernisierung

Sprechen Sie mit uns

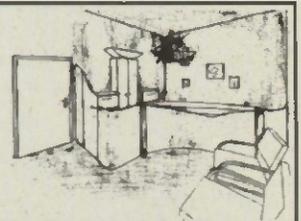
Fordern Sie unsere Referenzliste an

eigenes Ingenieurbüro

schreinerei PROTZE

GmbH

Frankenstraße 4,
91088 Bubenreuth
☎ (0 91 31) 2 63 72



Billardische Info von:
BILLARD
Henzgen
Postf. 62
88264 Vogt - ☎ 0 75 29/15 12 - Fax 34 92

Markenfabrikate zu Dauer-Niedrigpreisen
Gratis-Preisliste anfordern.
Charlottenstraße 32
88212 Ravensburg
Telefon 0751/24114
Telefax 0751/31261
Ravensburger Foto-Video-Versand

Promotion

zum Dr. med., nebenberuflich an dt. staatl. Uni in ca. 1 Jahr. Lage Artis
Tel. 0 17 13 - 32 88 48

SCHAZ
Audi Erlangen-Dechsendorf Audi
Audi-Werksdienstwagencenter
ca. 100 Fahrzeuge ständig lieferbar
Tel.: 09135/710440/41 Fax: 710442



Verordnen unter dem Budget - Strategien zur Regreßabwehr ...

...ist ein Ratgeber zur Handhabung der aktuellen
Probleme bei der Tagesarbeit in der Arztpraxis.

Dr. med. Rüdiger Pötsch
praktischer Arzt und
KV-Vorsitzender (Bezirksstelle Oberbayern der KVB)

Ca. 70 Seiten, DIN A 5,
kartonierte Broschüre,
2farbig, Diagramme
und Cartoons.

DM 26,-- + Versand
und Verpackung



BMÄ/E-GO/EBM

Gegenüberstellung mit Abrechnungshinweisen
Zusammenfassung vertragsärztlicher Leistungen (BMÄ)
mit der Ersatzkassen - Gebührenordnung (EGO)

Reinhard Mundenbruch

Stand Juli 1996

248 Seiten, DIN A 5,
kartonierte Broschüre

DM 31,-- + Versand
und Verpackung



GOÄ/BG-GOÄ

Mit Gebührenverzeichnis für Ärztliche Leistungen
einschl. abrechnungsfähiger Leistungen nach
dem Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger

Reinhard Mundenbruch

Stand Januar 1995

232 Seiten, DIN A 5,
kartonierte Broschüre,
2farbig

DM 29,-- + Versand
und Verpackung



Kassen Ärztliches Praxislexikon (KPL)

Nachschlagewerk für den ärztlichen Informationsbedarf
von A-Z alles, was der Arzt an gesetzlichen und
vertraglichen Bestimmungen zu beachten hat.

Dr. med. Horst Frenzel
Reinhard Mundenbruch

Völlig neuüberarbeitet
Stand August 1996

über 2.000 Seiten
in 2 Ordnern

DM 198,-- + Versand
und Verpackung
Ergänzungen, Seite
DM -.21 + Versand
und Verpackung